

## **Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege**

Die Empfehlungen (DV 4/25) wurden am 3. Dezember 2025 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

# Inhalt

<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>1. Potenziale von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation nutzen</b>	<b>4</b>
<b>2. Pflegerische Versorgung sichern, Leistungsrecht flexibilisieren, häusliche Pflege stärken, An- und Zugehörige entlasten</b>	<b>7</b>
2.1 Pflegerische Versorgung sichern	7
2.2 Leistungsrecht flexibilisieren	11
2.3 Häusliche Pflege stärken	12
2.4 Pflegende An- und Zugehörige unterstützen und entlasten	14
2.5 Rechtssichere Regelung der Live-In-Betreuung	19
2.6 Digitale Kommunikations- und Unterstützungstechnologien ausbauen	20
2.7 Voller Zugang von Menschen mit Behinderung zu Leistungen der Pflegeversicherung	23
<b>3. Kompetenzorientierter Einsatz von Pflegefachpersonen im Rahmen der Heilkundeübertragung</b>	<b>23</b>
<b>4. Eigenanteile an pflegebedingten Kosten reduzieren</b>	<b>25</b>
4.1 Leistungen dynamisieren	25
4.2 Medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen systemgerecht aus GKV finanzieren	26
4.3 Ausbildungskosten aus Pflegevergütungen herausnehmen	27
4.4 Modelle zur Reduzierung der Eigenanteile	27
<b>5. Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung erweitern, zukunfts-fähig ausgestalten und Ausgaben prüfen</b>	<b>29</b>
5.1 Einführung eines Steuerzuschusses	30
5.2 Einnahmebasis durch Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage stabilisieren	31
5.3 Ausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung schaffen	31

## Einleitung

In Deutschland sind 6 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI).<sup>1</sup> Die demografische Entwicklung und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs führten zu einem starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung. Dabei ist anzumerken, dass der Anstieg über das allein aus der demografischen Entwicklung erwartbare Maß hinausgeht und auch deutlich höher ausfällt, als bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs berechnet wurde.<sup>2</sup> Aktuelle Vorausberechnungen gehen von einem weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf 6,8 – 7,6 Mio. im Jahr 2055 aus.<sup>3</sup> Neben der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen nimmt auch die durchschnittliche Pflegedauer zu.

Knapp 86 % der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause versorgt, über 54 % erhalten ausschließlich Pflegegeld und werden überwiegend durch An- und Zugehörige gepflegt.<sup>4</sup> Weitere 1,1 Mio. Pflegebedürftige (19 %) leben ebenfalls in Privathaushalten und werden zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste versorgt. Ein Siebtel der Pflegebedürftigen (14 %) wird in Pflegeheimen vollstationär betreut.<sup>5</sup> Die Inanspruchnahme professioneller Pflegeangebote hat in den vergangenen Jahren im Verhältnis zur Versorgung allein durch An- und Zugehörige abgenommen.

Demgegenüber steht die Abnahme des Potenzials an beruflich Pflegenden. Zwar ist die Zahl der Beschäftigten in der Pflege gestiegen, dennoch steigt der Personalbedarf in der stationären und ambulanten Pflege deutlich schneller als die Zahl der Erwerbstätigen in Pflege und Gesundheitsberufen (s. Kap. 3). Damit wird sich der Mangel an professionellen Pflegepersonen weiter verschärfen. Bereits heute führt der Mangel an Fachkräften dazu, dass in stationären Einrichtungen Plätze nicht belegt werden bzw. ambulante Dienste keine neuen Klient\*innen mehr annehmen können. In der Versorgung pflegebedürftiger Menschen bestehen dementsprechend Engpässe, wenn Angebote nicht flächendeckend verfügbar sind.

Zudem steigen die Kosten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich insbesondere durch Personalkostensteigerungen aufgrund besserer Bezahlung der Pflegepersonen. Die steigenden Eigenanteile führen im stationären Bereich zunehmend zu finanzieller Überlastung der Pflegebedürftigen, sodass Hilfe zur Pflege in Anspruch genommen werden muss. Bei ambulant versorgten Menschen droht Unterversorgung mit den daraus resultierenden Konsequenzen der Überfor-

---

Ihre Ansprechpartnerin  
im Deutschen Verein:  
Dr. Anna Sarah Richter.

- 1 Die Zahl umfasst gesetzlich und privat versicherte Pflegebedürftige, vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 21. August 2025, online abrufbar unter: [Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung](#) (letzter Abruf: 3. Dezember 2025).
- 2 Vgl. Bericht der Bundesregierung: Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen, 2024, S. 12, 35 f.
- 3 Statistisches Bundesamt, online abrufbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/\\_inhalt.html#\\_4d6xk59lr](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#_4d6xk59lr) (letzter Abruf: 3. Dezember 2025). Die hohe Dynamik bei der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren kann ein Hinweis darauf sein, dass diese Vorausberechnungen von zu geringen Zahlen ausgehen und der Anstieg höher ausfallen wird.
- 4 Es gibt für Deutschland keine Berechnungen zum monetären Wert informeller Pflege, auf Basis existierender Daten kommen Hoff et al. allerdings zu einer zuverlässigen Schätzung, nach der sich dieser Wert auf etwa 206 Mrd. € jährlich beläuft (vgl. Hoff et al.: Der monetäre Wert der Pflegeleistungen von An- und Zugehörigen in Deutschland, 2025, S. 9. Online verfügbar unter: [https://gat.hszg.de/fileadmin/NEU/Redaktion-GAT/Aktuelle\\_Projekte/GAT-WP\\_Series/Hoff\\_Hoese\\_Knoll\\_Ott\\_2025 - Monet%C3%A4rer\\_Wert\\_infl\\_Pflegeleistung.pdf](https://gat.hszg.de/fileadmin/NEU/Redaktion-GAT/Aktuelle_Projekte/GAT-WP_Series/Hoff_Hoese_Knoll_Ott_2025 - Monet%C3%A4rer_Wert_infl_Pflegeleistung.pdf), letzter Abruf: 23. Mai 2025.)
- 5 Statistisches Bundesamt, online abrufbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html) (letzter Abruf: 3. Dezember 2025).

derung pflegender An- und Zugehöriger, wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. Durch diese Entwicklungen ist die finanzielle Tragfähigkeit der Pflegekassen zukünftig nicht sichergestellt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich seit Einführung der Pflegeversicherung vor 30 Jahren die Voraussetzungen und Bedingungen grundlegend verändert haben. Das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung hat sich ebenso erweitert wie die Anzahl der Pflege- und Unterstützungsangebote. Dadurch werden viel mehr Menschen erreicht und unterstützt. Gleichzeitig führen die steigende Anzahl Pflegebedürftiger, zunehmender Fach- und Arbeitskräftemangel professionell Pflegender und veränderte Bedarfslagen dazu, dass heute nicht mehr allein die finanzielle Entlastung Pflegebedürftiger im Fokus steht, sondern grundsätzlich die Sicherstellung der Versorgung in der Fläche. In regional unterschiedlicher Ausprägung bestehen bereits heute Versorgungsgapse, da bedarfsgerechte Pflege- und Unterstützungsangebote nicht ausreichend vorhanden sind. Für eine gute flächendeckende und bereichsübergreifende pflegerische Versorgung und für die nachhaltige Finanzierung der Pflege sind aus Sicht des Deutschen Vereins Weiterentwicklungen und wesentliche Reformen dringend notwendig.

Als normative Referenz muss bei allen Reformen das in § 2 SGB XI formulierte Ziel der Pflegeversicherung dienen, pflegebedürftigen Personen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in Würde zu ermöglichen.

Die Empfehlungen richten sich insbesondere an Bundes- und Landesgesetzgeber sowie an Kommunen, Anbieter von Pflegeleistungen, Wohlfahrts-, Sozial- und Fachverbände, Pflegekassen, Interessensvertretungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

## **1. Potenziale von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation nutzen**

Um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu verringern oder hinauszuzögern, sind Prävention und Gesundheitsförderung von herausragender Bedeutung. Die Ausschöpfung dieser Potenziale ist nicht nur wünschenswert zur Verwirklichung von Teilhabe und eines selbstbestimmten Lebens im höheren Alter, sondern kann auch dazu beitragen, krankheits- und pflegebedingte Kosten im Lebenslauf zu verringern.

Der Deutsche Verein hat im Jahr 2011 umfangreiche Empfehlungen zur Prävention mit dem Ziel der Verringerung von Pflegebedürftigkeit verabschiedet und diese seither immer wieder bekräftigt.<sup>6</sup>

In seinen Empfehlungen für eine integrierte Senior\*innenpolitik: Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen vor Ort empfiehlt der Deutsche Verein den Kran-

<sup>6</sup> Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, 2011, S. 51–85; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, NDV 4/2015, 154–158; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsdeckung nach dem dritten Pflegestärkungsgesetz, NDV 7/2019, 294; Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

ken- und Pflegekassen, ältere Menschen als Zielgruppe von Prävention stärker in den Blick zu nehmen, um damit auch das Gesundheits- und Pflegesystem zu entlasten.<sup>7</sup> Gesundheitsförderung und Prävention müssen im Sinne der Verhältnisprävention (§ 20a SGB V) sozialraumorientiert organisiert werden und auch schwer erreichbare Gruppen einschließen. Der Deutsche Verein formuliert darüber hinaus Empfehlungen an die Kommunen, die präventive Zielsetzung des § 71 SGB XII zu berücksichtigen, präventive, gesundheitsfördernde und rehabilitative Infrastrukturen bzw. Angebote zu entwickeln und die Zusammenarbeit aller Akteure vor Ort zu koordinieren.<sup>8</sup> Zudem bekraftigt der Deutsche Verein die Empfehlung, die Finanzausstattung der Kommunen so zu gestalten, dass Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort adäquat umgesetzt werden können.<sup>9</sup> Zu den gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen gehört auch der Ausbau von präventionsorientierten, integrierten und aufsuchenden Beratungsangeboten.

Im Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege<sup>10</sup> ist die Ausweitung des Zugangs zu Präventionsleistungen auf Pflegebedürftige im häuslichen Setting vorgesehen. Pflegefachpersonen oder qualifizierte Berater\*innen sollen eine Bedarfserhebung und fachliche Beratung durchführen sowie Präventionsempfehlungen geben. Die im Rahmen der Bedarfsfeststellung festgehaltene Präventionsempfehlung soll dabei berücksichtigt werden. **Damit diese Regelungen Wirkung entfalten können, empfiehlt der Deutsche Verein, das Zugangs- und Angebotsspektrum zur primären Gesundheitsförderung und Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) entsprechend der spezifischen Bedarfe pflegebedürftiger und in vielen Fällen multimorbider Menschen auszugestalten. Die GKV-Handlungsleitfäden zur Prävention und zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sollten so überarbeitet werden, dass sie häusliche und stationäre Bereiche umfassen.**<sup>11</sup> Schnittstellen zu anderen Angeboten wie präventiven Hausbesuchen sollten einbezogen werden.

Neben Gesundheitsförderung und Prävention gilt es die Potenziale der Rehabilitation besser zu nutzen. Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst werden neben Präventionsempfehlungen auch Rehabilitationspotenziale erhoben und entsprechende Empfehlungen für Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel festgehalten (§ 18b Abs. 1 und 2 SGB XI). Im Jahr 2023 sind die Rehabilitationsempfehlungen bei den Begutachtungen nach einem Rückgang im Jahr 2020 zwar über das Niveau vor der Covid-19-Pandemie gestiegen, die Quote der Empfehlungen, die bei der Begutachtung gegeben wurden, ist jedoch auf 3,0 % gesunken und lag damit unter dem Höchststand von 3,4 % im Jahr 2019. In der überwiegenden Mehrheit der Begutachtungen wurden demnach keine Empfehlungen ausgesprochen. In 32 % der Fälle mit

7 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine integrierte Senior\*innenpolitik: Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen vor Ort (DV 3/25).

8 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Umsetzung des § 71 SGB XII, NDV 2024, 227 ff.

9 Vgl. Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, 2011, 57 f., 60, 64.

10 Bundesrat-Drucks. 630/25, 3. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung durch das Präsidium des Deutschen Vereins am 3. Dezember 2025 war das Gesetz noch nicht beschlossen.

11 Vgl. dazu auch den Vorschlag bezüglich einer sektorenübergreifenden Leitlinie des IGES-Instituts (IGES: Prävention von Pflegebedürftigkeit. Dokumentation von Fachgesprächen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich, 2024).

Rehabilitationsindikation erfolgte eine Einwilligung der leistungsberechtigten Person zur Antragstellung.<sup>12</sup> Daraus folgt, dass die Rehabilitationspotenziale nach wie vor nicht in dem Maße ausgeschöpft werden, wie es wünschenswert wäre. **Der Deutsche Verein empfiehlt, die Empfehlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und zur Heilmittelversorgung im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und deren Umsetzung zu stärken.** Die kontinuierliche Schulung der Begutachtenden, Rehabilitationsbedarfe bei pflegebedürftigen Menschen zu erkennen und festzustellen, ist von daher zu begrüßen und dringend fortzusetzen. Außerdem gilt es, das Wissen um Rehabilitationsmöglichkeiten und -potenziale sowohl bei Ärzt\*innen und Pflegefachpersonen als auch bei Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen selbst zu erhöhen. **Um die Informationen um Rehabilitationsmöglichkeiten und -potenziale bei Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen zu stärken, empfiehlt der Deutsche Verein eine proaktive Beratung immer dann, wenn im Rahmen der Begutachtung Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen werden.**

Der Ausbau mobiler (geriatrischer) Rehabilitationsangebote sowie mobiler Angebote für Physio-, Ergo- sowie Logopädietherapie ist eine Möglichkeit, bei pflegebedürftigen Menschen die Attraktivität dieser Angebote zu steigern und zugleich die Wirksamkeit der Rehabilitation zu erhöhen, indem die therapeutischen Maßnahmen direkt in den Alltag eingebaut werden können. **Der Deutsche Verein bekraftigt damit seine Empfehlung, den Ausbau der Angebote zur mobilen (geriatrischen) Rehabilitation und Heilmittelversorgung zu fördern.**<sup>13</sup>

Pflegende Angehörige können durch Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen gestärkt und damit kann die häusliche Pflegesituation stabilisiert werden.<sup>14</sup> Sie haben einen eigenständigen Anspruch auf Vorsorge und medizinische Rehabilitation bei gleichzeitiger Möglichkeit zur Versorgung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen während der Maßnahme (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 23 Abs. 4 SGB V, § 15 Abs. 2 SGB VI i.V. mit § 42b SGB XI). Im Rahmen der Pflegeberatung sollten pflegende Angehörige aktiv informiert und motiviert werden. **Der Deutsche Verein empfiehlt, den Zugang zu stationärer Rehabilitation und Vorsorge für pflegende Angehörige durch Entbürokratisierung der gesetzlichen Antrags- und Genehmigungsverfahren zu erleichtern.**

12 Vgl. Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Berichtsjahr 2023.

13 Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 74; Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine integrierte Senior\*innenpolitik: Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen vor Ort (DV 3/25).

14 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege, NDV 2012, 272 ff.

## **2. Pflegerische Versorgung sichern, Leistungsrecht flexibilisieren, häusliche Pflege stärken, An- und Zugehörige entlasten**

Um eine flächendeckende pflegerische Versorgung in Zukunft sicherstellen zu können, müssen zum einen die professionellen Strukturen gestärkt werden, zum anderen muss die Begleitung und Unterstützung informeller Pflege weiterentwickelt werden. Dafür gilt es, lokale Infrastrukturen der Beratung, Begleitung und niedrigschwälligen Unterstützung auszubauen, Vereinbarkeitshürden abzubauen und monetäre Ausgleichsmöglichkeiten zu schaffen. Außerdem sollten sorgende Gemeinschaften/Caring Communities entsprechend der lokalen Gegebenheiten gefördert werden.

### **2.1 Pflegerische Versorgung sichern**

Die pflegerische Versorgung wird im Pflegeversicherungsgesetz als gemeinsame Aufgabe bestimmt (§ 8 Abs. 1 SGB XI). Das ist vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit besonderen Handlungsaufträgen aller verantwortlichen Akteure verbunden. Zur Gewährleistung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten, teil- und vollstationären pflegerischen Langzeitversorgung, die derzeit keineswegs im Sinne der gleichwertigen Lebensbedingungen in der Pflege gegeben ist,<sup>15</sup> haben Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammenzuwirken. Die Verantwortung für die pflegerische Versorgung beschränkt sich nicht nur auf die bewährten Maßnahmen, sondern zielt auf einen innovativen Ausbau und eine Weiterentwicklung der Pflege ab.

Der Bund hat mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes von seiner Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung (Art. 74 Nr. 12 i.V.m. Art. 72 Abs. 2 GG) Gebrauch gemacht. Er hat in § 1 Abs. 3 SGB XI die Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung bestimmt und ihnen die Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung übertragen (§§ 1, 12, 69 SGB XI). Zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags schließen die Pflegekassen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern ab.

Für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur sind die Länder verantwortlich (§ 9 SGB XI). Sie haben das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch ihr Landesrecht zu bestimmen. Außerdem ermöglichen die Regelungen des § 9 SGB XI, die Pflegebedürftigen und die Pflegeeinrichtungen durch die finanzielle Förderung der Investitionskosten als Subjekt- oder Objektförderung zu unterstützen.

Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen ist weder hinsichtlich des Inhaltes noch des Umfangs der Sicherstellung näher konkretisiert, und die Verantwortung für ein ausreichendes Angebot ist nicht klar geregelt. Der Sicherstellungsauftrag ist daher in seiner Wirksamkeit begrenzt.<sup>16</sup> Dort wo er in der Praxis nicht erfüllt

15 Vgl. Klie, T.: DAK Pflegereport 2018. Pflege vor Ort, Heidelberg 2018.

16 Vgl. Klie, T. (2024): Rechtssichere Pflegebedarfsplanung? Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege, Teil 1 und 2, NDV 7/2024 und NDV 10/2024.

werden kann, da nicht ausreichend Angebote zur Verfügung stehen, läuft er zum Nachteil der auf Pflege angewiesenen Menschen und ihrer Familien faktisch ins Leere.

Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen spielen die lokalen Rahmenbedingungen vor Ort eine entscheidende Rolle für eine gute pflegerische Versorgung. Bei der Gestaltung der lokalen Strukturen kommt den Kommunen eine Schlüsselrolle zu. Der Deutsche Verein hat bereits zahlreiche Vorschläge zur Ausgestaltung einer kommunalen und wohnortnahmen Infrastruktur für pflegebedürftige Menschen unterbreitet.<sup>17</sup>

### *2.1.1 Professionelle pflegerische Versorgungsstrukturen durch verlässliche Infrastrukturplanung langfristig sichern<sup>18</sup>*

Um eine ausreichende und passgenaue Angebotsstruktur entsprechend der lokalen und regionalen Bedarfslagen zu erhalten oder zu entwickeln, ist eine belastbare Datengrundlage eine unabdingbare Voraussetzung. Kommunen benötigen neben eigenen vorhandenen Daten Zugang zu kleinräumigen Daten aus Bundes- und Landesstatistiken, die ihnen – sofern sie nicht über eine eigene Statistikstelle verfügen – von den Ländern zur Verfügung gestellt werden müssen.<sup>19</sup> Das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege<sup>20</sup> verpflichtet die Pflegekassen, die ihnen zur Verfügung stehenden anonymisierten Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Verfügung zu stellen. **Der Deutsche Verein empfiehlt, dafür ein bundesweit einheitliches Indikatorenset und einheitliche sozialplanerische und wissenschaftliche Methoden zur Erfassung kleinräumiger Daten<sup>21</sup> zu vereinbaren, damit über alle Kommunen und Länder hinweg vergleichbare Daten genutzt werden können. Darüber hinaus empfiehlt der Deutsche Verein, die Hinweise auf Unter- und Fehlversorgung, die in den Beratungsprozessen nach §§ 7a, 7c, 37 Abs. 3 SGB XI und der Begutachtung gemäß §§ 18 ff. SGB XI sowie dem Versorgungsmanagement gemäß § 11 SGB V erkannt werden, im Sinne des Care und Case Management zu nutzen, um insbesondere ungedeckte Bedarfslagen, Versorgungsengpässe und feh-**

17 Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahmen Pflegeinfrastruktur, NDV 2011, 14–21, 72 ff.; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Unterstützung und Betreuung demenziell erkrankter Menschen vor Ort, NDV 2011, 437; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund, NDV 2011, 61; Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung, NDV 2006, 529 ff.; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur zukünftigen Rolle der Kommunen in der Altenhilfe, NDV 1998, 2 ff.; Positionspapier Koordination von Altenhilfe auf kommunaler Ebene, NDV 1995, 180 f.; Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Umsetzung des § 71 SGB XII, NDV 2024, 227 ff.; Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine integrierte Senior\*innenpolitik: Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen vor Ort (DV 3/25).

18 Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) teilt die in diesem Unterkapitel vertretenen Positionen nicht.

19 Wenn Kommunen nicht über eine eigene abgeschottete Statistikstelle verfügen, dürfen z.B. Einzelangaben vom Statistischen Bundesamt und den statistischen Ämtern der Länder nicht übermittelt werden (§ 16 Abs. 5 BStatG). Aus diesem Grund hat der Deutsche Verein in seinen Eckpunkten für eine integrierte Sozial- und Finanzplanung in Kommunen vom 23. März 2011 (DV 8/11) sowie den Eckpunkten für eine integrierte kooperative Sozialplanung vom 16. September 2020 (DV 18/19) angeregt, dass die statistischen Landesämter in Abstimmung mit den Kommunen die für diese relevanten Daten und Erkenntnisse stärker aufbereiten und communal-teilaräumliche Auswertungen ermöglichen.

20 Bundesrat-Drucks. 630/25, 6.

21 Die Daten sollten eine Abbildung auf der Ebene des Sozialraums bzw. der kreisangehörigen Gemeinden ermöglichen.

**lende Angebote frühzeitig zu erkennen. Der Deutsche Verein weist außerdem darauf hin, dass die Einbeziehung der regionalen und örtlichen Pflegepersonalressourcen<sup>22</sup> für eine belastbare Pflegestrukturplanung von grundlegender Bedeutung ist.**

Im Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege<sup>23</sup> wird die Infrastrukturverantwortung der Länder dahingehend konkretisiert, dass die in zahlreichen Ländern bereits bestehenden Vorgaben zur kommunalen Pflegestrukturplanung im Bundesrecht als Kann-Bestimmung aufgegriffen werden. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern, durch Landesrecht verbindliche Grundlagen für eine integrierte Altenhilfe- und Pflegestrukturplanung zu schaffen.**<sup>24</sup>

Darüber hinaus haben die Länder unterschiedliche Möglichkeiten, durch Landespflegegesetze und finanzielle Fördermaßnahmen auf die Entwicklung der spezifischen regionalen Versorgungsstruktur Einfluss zu nehmen und die Entwicklung der Pflegeinfrastruktur und ihre innovative Weiterentwicklung auch zur Schließung von Angebotslücken zu fördern.<sup>25</sup> Insbesondere die Förderung der Investitionskosten ist immer auch im Zusammenhang mit Fragen der Versorgungsplanung und -steuerung zu betrachten. **Der Deutsche Verein bekräftigt seine Empfehlung an die Länder, ihre gesetzliche Infrastrukturverantwortung im Bereich der Pflege stärker wahrzunehmen, um eine flächendeckende und leistungsfähige Pflegeinfrastruktur zu sichern und weiterzuentwickeln.**<sup>26</sup>

Der Deutsche Verein hat wiederholt darauf hingewiesen, dass die Kommunen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und innovativen Infrastrukturerstellung im Bereich der (Langzeit-)Pflege stärker in Planung, Steuerung, Beratung und Entscheidung eingebunden sein und mit wirksamen Steuerungskompetenzen ausgestattet werden sollten. Im Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wird mit der Neuregelung des § 72 SGB XI festgelegt, dass die Pflegekassen vor dem Abschluss von Versorgungsverträgen die Empfehlungen und Zielsetzungen der nach Landesrecht durchgeföhrten Pflegestrukturplanung ebenso wie die Empfehlungen der regionalen Ausschüsse (§ 8a Abs. 1, 2 und 3 sofern diese bestehen) zu berücksichtigen haben.<sup>27</sup> **Der Deutsche Verein bekräftigt seine Empfehlung, dass die kommunale Pflegestrukturplanung bei der Zulassung von Einrichtungen der Pflege zu berücksichtigen ist.**<sup>28</sup>

Der im SGB XI verankerte Kontrahierungzwang soll damit nicht grundsätzlich infragegestellt werden, sondern er wird um andere Parameter erweitert. Nur eine in die kommunale Sozialplanung eingebundene Infrastrukturerstellung ermöglicht kleinräumige, alltagsbezogene und nachhaltige Sorge- und Pflegearrange-

22 Als Datengrundlage kann hier z.B. ein Monitoring für Pflegepersonal genutzt werden, das auf Landesebene erstellt wird wie etwa in Bayern, Baden-Württemberg oder Mecklenburg-Vorpommern.

23 Bundesrat-Drucks. 630/25, 6.

24 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine integrierte Senior\*innenpolitik: Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen vor Ort (DV 3/25).

25 Das Fördervolumen für investive Aufwendungen betrug im Jahr 2023 insgesamt über alle Versorgungsberichte, Förderarten und Länder hinweg knapp 929 Mio. €. Damit ist die Gesamtfördersumme im Vergleich zum Vorjahr um ca. 53 Mio. € gewachsen (vgl. Braeseke/Ochmann: Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen, Berichtsjahr 2023, 8).

26 Vgl. Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

27 Bundesrat-Drucks. 630/25, 29.

28 Vgl. Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

ments, flankiert von zielgruppengerechten Beratungs-, Entlastungs- und Unterstützungsangeboten im Sozialraum. In den Planungsprozess sind die lokal relevanten Leistungserbringer, die Freie Wohlfahrtspflege in ihrer Rolle als zivilgesellschaftlicher Akteur sowie alle weiteren lokal relevanten Akteure einzubeziehen. Dabei nimmt die Kommune sowohl eine moderierende als auch eine gestaltende Position ein.<sup>29</sup> Für die Entwicklung entsprechender Strukturen binden die Landkreise auch die Ressourcen und Präferenzen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden ein. Auch die Altenhilfe nach § 71 SGB XII sollte in diesem Sinne als integrierte, präventiv ausgerichtete und sozialraumorientierte Angebots- und Infrastrukturentwicklung unter Einbeziehung der örtlichen Zivilgesellschaft verstanden werden.<sup>30</sup>

Um die flächendeckende Versorgung insbesondere bei langen Wegstrecken in ländlichen Räumen sicherzustellen, sollte auf regionaler Ebene eine Koordinierung der ambulanten Versorgung umgesetzt werden.<sup>31</sup> Nach § 72 Abs. 3 SGB XI ist bei ambulanten Pflegediensten in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen ressourcenschonend und effizient zu erbringen sind. Die Einzugsbereiche, in denen ambulante Pflegedienste tätig sind, werden demnach in den Vertragsverhandlungen zwischen den Pflegekassen und den Leistungserbringern festgelegt. **Der Deutsche Verein empfiehlt, bei der Festlegung der Einzugsbereiche und ihrer Größe die kommunale Pflegestrukturplanung zugrunde zu legen.**

## 2.1.2 Umgang mit Versorgungsengpässen und bei fehlender Sicherstellung pflegerischer Versorgung

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf Ebene der Amtscheffinnen und Amtschefs (BLAG Pflegereform) hat im Jahr 2024 ein Diskussionspapier zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege erstellt, in dem Vorschläge für Situationen gemacht werden, in denen die pflegerische Versorgung nicht mehr sichergestellt ist.<sup>32</sup> Dazu wird die Intervention zur Sicherstellung der individuellen Versorgung im Einzelfall unterschieden von Maßnahmen bei regionalem strukturellen Versorgungsmangel.

Kann die individuelle Versorgung in der eigenen Häuslichkeit im Einzelfall nicht sichergestellt werden, sollen die Pflegekassen alternative Leistungen anbieten. Dafür erhalten sie die Möglichkeit, leistungsrechtliche Ansprüche flexibel zu handhaben. Stehen diese alternativen Leistungen ebenfalls nicht zur Verfügung, sollen Pflegebedürftige ein Budget höher als der Anspruch auf Pflegegeld sowie einen Anspruch auf individuelles Case Management zur Unterstützung der Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung erhalten.<sup>33</sup> Darüber hinaus sollen die betroffene Pflegekasse und ihr Landesverband verpflichtet werden, bei Versorgungsmängeln auf eine Vertragsanpassung von vorhandenen Angeboten hinzuwirken, um

29 Vgl. Eckpunkte des Deutschen Vereins für eine integrierte kooperative Sozialplanung, DV 18/19.

30 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Umsetzung des § 71 SGB XII, NDV 2024, 227 ff.

31 Hahnel, E. et al.: Effizienzpotentiale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege. Handlungseitfaden, 2022, 13 ff.

32 BLAG Pflegereform: Diskussionspapier „Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege“, Stand: 3. Juni 2024.

33 Ebd., 27 f.

den individuellen Versorgungsmangel zu beheben, z.B. durch die Ermöglichung eines Vergütungszuschlages und einer leistungsrechtlichen Härtefallklausel oder Innovationsbudgets. **Der Deutsche Verein empfiehlt, diese Vorschläge zeitnah umzusetzen, um den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen zu stärken, struktureller regionaler Benachteiligung entgegen- und auf gleichwertige Lebensverhältnisse hinzuwirken.**

Für akut auftretende Notfälle, wenn etwa pflegende An- und Zugehörige plötzlich erkranken oder aus anderen Gründen die pflegerische Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, ist ein schneller Zugang zu direkter Hilfe elementar. Dazu gehört neben Information und Beratung die Vermittlung sofortiger pflegerischer Notversorgung, die immer erreichbar ist.<sup>34</sup> **Der Deutsche Verein empfiehlt, bundesweit die Einrichtung entsprechender Angebote pflegerischer Notversorgung zu prüfen. Dringend erforderlich ist dabei eine klare Beschreibung der Schnittstellen zum System der Rettungsstellen und des ärztlichen Notdienstes. Bei der dringend erforderlichen Notfallreform muss der Bereich der Langzeitpflege mitgedacht werden.**

Bei regionalem strukturellen Versorgungsmangel, wenn also pflegebedürftige Menschen die ihnen zustehenden Leistungen nicht nur im Einzelfall, sondern aufgrund unzureichender Infrastruktur nicht in Anspruch nehmen können, soll eine gesetzlich geregelte Verpflichtung zur flexibleren Handhabung bestimmter (rahmen-)vertraglicher Mindestbedingungen eingeführt werden, mit ggf. regional und ggf. zeitlich begrenzten höheren Vergütungen sowie der Zulassung von Substandards, die ebenfalls zeitlich und regional begrenzt sein sollten.<sup>35</sup> Mit der Übertragung des § 150 SGB XI ins Dauerrecht durch Einführung eines neuen § 73a SGB XI ist im Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege ein weiterer entsprechender Vorschlag umgesetzt worden.<sup>36</sup> Dieser beinhaltet eine Anzeigepflicht für zugelassene Pflegeeinrichtungen von wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung und die Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auch durch vorübergehende Abweichung von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben.

## 2.2 Leistungsrecht flexibilisieren

In der Pflegeversicherung wird hinsichtlich der leistungsrechtlichen Ansprüche und der Leistungserbringung zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Versorgung unterschieden. Daran anknüpfend hat sich eine Vielzahl ausdifferenzierter Leistungen entwickelt, die zum Teil zu wenig flexibel genutzt werden können. Im Folgenden soll unterschieden werden zwischen der Durchlässigkeit der Sektoren ambulant und stationär einerseits sowie flexibel und den individuellen Bedarfen entsprechend nutzbaren Leistungen andererseits.

<sup>34</sup> Ein gutes Beispiel ist das Pflegenottelefon in Hamburg, das schnelle Unterstützung und Entlastung für volljährige Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen in Pflegenotfällen bietet; siehe: <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/pflege/beratung/pflegenottelefon> (letzter Zugriff: 23. September 2025).

<sup>35</sup> Vgl. BLAG Pflegereform: Diskussionspapier „Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege“, Stand: 3. Juni 2024, 29.

<sup>36</sup> Bundesrat-Drucks. 630/25, 30.

In den letzten Jahren haben sich Versorgungsformen pluralisiert, die weitere Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte wird jedoch durch nach wie vor bestehende Sektorentrennung erschwert. **Eine Neukonzeptionierung und Erhöhung der Durchlässigkeit der Leistungen im System der Pflegeversicherung hält der Deutsche Verein daher für erforderlich.** In diesem Sinne sollte bei allen Reformsschritten der sozialen Pflegeversicherung geprüft werden, wie sich die geplante Regelung zu dem Ziel verhält, das Leistungsrecht zu flexibilisieren und perspektivisch leistungsrechtlich eine wohnortunabhängige Versorgung zu ermöglichen. Der Deutsche Verein empfiehlt, keine Regelungen einzuführen, durch die die bestehenden Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gefestigt oder weitere Sektoren eingeführt werden.

Um eine vereinfachte und bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Leistungen und damit die individuelle Gestaltung des Pflegesettings zu ermöglichen, ist eine Flexibilisierung der Leistungen grundsätzlich sinnvoll und notwendig. **Der Deutsche Verein empfiehlt zu prüfen, inwiefern und welche Budgetlösungen zur Flexibilisierung des Leistungsrechts für eine passgenaue individuelle Gestaltung des Pflegesettings unabhängig vom Wohnort des pflegebedürftigen Menschen zu einem effizienteren Ressourceneinsatz bei gleichzeitiger Entlastung von An- und Zugehörigen beitragen kann.**<sup>37</sup>

## 2.3 Häusliche Pflege stärken

### 2.3.1 Überlegungen zur Weiterentwicklung des Pflegegeldes

Bei der Versorgung in der Häuslichkeit spielt das Pflegegeld eine wichtige Rolle. Das Pflegegeld für selbstorganisierte Pflegearrangements (§ 37 SGB XI) erhalten pflegebedürftige Personen, wenn sie keine Sachleistungen (§ 36 SGB XI) in Anspruch nehmen oder anteilig, wenn die Sachleistungen nicht ausgeschöpft werden. Eine Verknüpfung mit anderen Leistungsformen ist grundsätzlich möglich. Für welche Zwecke das Pflegegeld genutzt wird, ist nicht festgelegt. Vorausgesetzt wird lediglich, dass die pflegerische Versorgung „in geeigneter Weise“ selbst sichergestellt wird. Dem Gesetzestext nach handelt sich also nicht um eine Leistung für An- und Zugehörige.

54 % der pflegebedürftigen Menschen beziehen ausschließlich Pflegegeld.<sup>38</sup> Mehr als die Hälfte der pflegebedürftigen Menschen werden allein durch An- und Zugehörige versorgt.

Bei Überlegungen zur Weiterentwicklung des Pflegegeldes ist zu bedenken, dass das Pflegegeld auf verschiedene Weise genutzt wird und je nach Lebenslage unterschiedliche Funktionen erfüllt. Drei Nutzungslogiken sind insbesondere zu unterscheiden:

- Das Pflegegeld wird genutzt, um auf Gegenseitigkeit basierende Solidaritätsformen zu stabilisieren (nachbarschaftliche Hilfen, Unterstützung durch An-

<sup>37</sup> Siehe hierzu die Vorschläge von Klie, Ranft, Szepan: Reset Pflegeversicherung. Strukturreform Pflege und Teilhabe III, 2025, 15 f. Online abrufbar unter: [https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform\\_Pflege\\_und\\_Teilhabe\\_III\\_2025.pdf](https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform_Pflege_und_Teilhabe_III_2025.pdf) (letzter Zugriff: 1. Oktober 2025).

<sup>38</sup> Statistisches Bundesamt, online abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html> (letzter Abruf: 3. Dezember 2025).

und Zugehörige) und stärkt so die Pflege- und Unterstützungsbereitschaft im informellen Sektor.

- Es trägt zur Finanzierung der sogenannten 24-Stunden-Betreuung durch Live-Ins bei.
- Schließlich dient das Pflegegeld zur faktischen Aufstockung und Stabilisierung des Haushaltseinkommens.

**Der Deutsche Verein spricht sich dafür aus, die spezifischen unterschiedlichen Nutzungsweisen und Funktionen des Pflegegeldes bei der Weiterentwicklung in den Blick zu nehmen.**

### *2.3.2 Leistungsrechtliche Aufwertung der pflegerischen Aufgaben zur Stärkung der häuslichen Versorgung*

Pflegefachpersonen verfügen über Kompetenzen und Fähigkeiten, die neben der Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und der Planung der Pflege, der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie der Durchführung und Evaluation der Pflege (§ 4 Pflegeberufegesetz) weitere Aspekte umfassen. Dazu gehören insbesondere präventive, gesundheitsfördernde und rehabilitative Maßnahmen, die Anleitung, Beratung und Unterstützung von An- und Zugehörigen und Ehrenamtlichen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Die Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass sich die pflegerische Versorgung an den Wünschen der pflegebedürftigen Menschen ausrichtet. Um dieses Ziel zu erreichen, muss es Pflegefachpersonen möglich sein, das gesamte Spektrum ihrer Kompetenzen und Fähigkeiten nutzen und anwenden zu können. Das Leistungskomplexsystem in seiner bestehenden Form stellt eine vorwiegend verrichtungsorientierte Engführung pflegerischer Leistungen dar und erschwert die Nutzung der gesamten Breite pflegerischer Kompetenzen. Der mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz eingeführte Pflegebedürftigkeitsbegriff hat das Potenzial pflegewissenschaftlich hinterlegter pflegerischer Aufgaben systematisch abgebildet. Das Leistungs- und insbesondere das Leistungserbringungsrecht folgt allerdings immer noch nicht konsequent dem gesetzlich zugrunde gelegten Pflegeverständnis, sondern verharrt weitgehend in einem verrichtungs-, tätigkeits- und zeitbezogenen Konzept der Pflege.

Um diese Potenziale für eine verbesserte Versorgungsqualität und Leistungserbringung nutzen zu können und die Attraktivität des Pflegeberufs für professionell Pflegende zu steigern, wurde im Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege die Pflegeprozessverantwortung leistungsrechtlich hinterlegt. **Der Deutsche Verein empfiehlt, dass der Anspruch auf pflegefachliche Begleitung im Sinne der Pflegeprozessverantwortung für alle Pflegebedürftigen – also auch im Pflegegrad 1 und bei denjenigen, die ausschließlich Pflegegeld empfangen – bei jeder grundlegenden Veränderung der Situation bestehen sollte.**

Entsprechend sind alternative und ergänzende Vergütungssystematiken unter Einbezug der häuslichen Krankenpflege zu fördern und zu etablieren, die einerseits die Nutzung (fach-)pflegerischer Kompetenz fördern und andererseits inno-

vative Arbeits- und Organisationsmodelle ambulanter Pflegedienste gut flankieren.<sup>39</sup> Zeitorientierte Vergütungsmodelle sind für beide Zielsetzungen grundsätzlich geeignet.<sup>40</sup> Sie ermöglichen eine stärkere fachliche Orientierung bezüglich der Pflegeprozessverantwortung und Unterstützung des gesamten häuslichen Pflegearrangements, wodurch die Verzahnung von Fachpflege und informeller Versorgung gestärkt werden kann. Zeitvergütungsmodelle haben sich zudem als förderlich für die Etablierung eines Organisationsmodells mit selbstorganisierten Pfleteams gezeigt. Eine Zeitvergütung, die nicht mit einer Flexibilisierung des Leistungsspektrums einhergeht, sondern lediglich die gleiche Leistung (z.B. Unterstützung bei der Körperpflege) als Zeiteinheit oder Leistungskomplex vorsieht, ist dieser Zielsetzung nicht förderlich. Voraussetzung für die Etablierung einer zeitorientierten Vergütung ist die Vereinbarung dafür auskömmlicher Stundensätze.

## 2.4 Pflegende An- und Zugehörige unterstützen und entlasten

86 % der Pflegebedürftigen werden in der eigenen Häuslichkeit versorgt, 54 % ausschließlich durch An- und Zugehörige.<sup>41</sup> Das entspricht sowohl den mehrheitlichen Wünschen der Pflegebedürftigen als auch der Intention des Pflegeversicherungsgesetzes, nach der die ambulante Versorgung der stationären vorgeht (§ 3 SGB XI). Trotz gesetzlicher Verbesserungen ist die Situation für pflegende An- und Zugehörige häufig nach wie vor belastend. Auch sind Formen der Unterversorgung sowie Formen der Gewalt im häuslichen Pflegearrangement ein relevantes Problem. Wenn aufgrund hoher zeitlicher und psychischer Belastungen Berufstätigkeit reduziert wird, können auch finanzielle Belastungen hinzukommen. Lange Pflegezeiten können ein Risiko für Altersarmut sein, wovon derzeit insbesondere Frauen betroffen sind.<sup>42</sup> Die hohen Belastungen führen in vielen Fällen zu psychischen und physischen Beschwerden, insbesondere dann, wenn Unterstützungs- und Entlastungsangebote nicht genutzt werden oder nicht genutzt werden können. Neben der Sicherung und Stärkung der professionellen ambulanten pflegerischen Versorgungsstrukturen (s. Kap. 2.3) gilt es, Angebotsstrukturen sowie Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf weiterzuentwickeln.

39 Beispiele sind hier das Walzbachtaler Modell (vgl. Klie, T.: Das Walzbachtaler Modell. Ambulante Rund-um-die-Uhr-Betreuung für pflegebedürftige Menschen auf der Grundlage Case Management-basierter Arbeitsweise. Innovative Sorgearrangements und Impulse für das Leistungserbringungsrecht in der ambulanten Pflege, in: Case Management 15 [2], 2018, 79–89), autonome Pflegeteams wie in dem Projekt „Pflege ganz aktiv“ des Caritasverbands Westerwald-Rhein-Lahn e. V., zusammen mit den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen in Rheinland-Pfalz, dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz, Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz, EVA-Teams des ASB Hamburg (vgl. den Bericht zum Fachtag „Autonome Pflegeteams“ am 22. November 2024 in Berlin: <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fachtag-autonome-pflege-aus-der-vielfalt-lernen> [letzter Abruf: 3. Dezember 2025]) sowie das niederländische Buurtzorg Modell (Gray, Bradford/Sarnak, Dana/Burgers, Jako: Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. Hrsg. v. The Commonwealth Fund, 2015. Online verfügbar unter: [https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model?redirect\\_source=publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands](https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model?redirect_source=publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands), [letzter Abruf: 5. September 2025]).

40 Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) teilt die im folgenden Absatz vertretenen Positionen nicht.

41 Statistisches Bundesamt, online abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html> (letzter Abruf: 3. Dezember 2025).

42 Zwar ist der Anteil pflegender Männer in den letzten Jahren gestiegen, dennoch wird die häusliche Pflege überwiegend von Frauen geleistet. Je höher der Pflegeumfang in Stunden, desto höher ist auch der Anteil von Frauen in der Gruppe pflegender Angehöriger.

Zentral für die Unterstützung und Entlastung pflegender An- und Zugehöriger und der Stärkung und Stabilisierung häuslicher Pflegesettings sind neben dem Ausbau unterstützender und entlastender Angebote gute und vernetzte lokale Beratungsangebote.<sup>43</sup> Der Deutsche Verein hat bereits in seinen Empfehlungen von 2021 darauf hingewiesen, dass Bundes- und Landesrecht in verbindlicher Weise die Voraussetzungen dafür schaffen müssen, dass die Pflegekassen gemeinsam mit den Kommunen aufeinander abgestimmte oder integrierte Beratungsstrukturen schaffen und unterhalten. **Die verbindliche Implementierung von effizienten, die verschiedenen Versorgungsbereiche übergreifenden Care und Case Managementstrukturen auf der Basis anerkannter fachlicher Standards<sup>44</sup> muss auf lokaler Ebene erfolgen.**

#### *2.4.1 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Pflegezeitgesetze weiterentwickeln und steuerfinanzierte Lohnersatzleistung einführen*

Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG, 2008), dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG, 2012) und dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (2015) Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger und zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ergriffen. Dennoch sieht der Deutsche Verein Weiterentwicklungsbedarf in diesem Bereich.

Nach dem Pflegezeitgesetz von 2008 haben Beschäftigte Anspruch auf eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung zur Pflege von Angehörigen in häuslicher Umgebung. Seit 2015 besteht Anspruch auf Familienpflegezeit für die Dauer von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden. Für die Begleitung naher Angehöriger in der letzten Lebensphase gibt es ebenfalls seit 2015 die Möglichkeit einer bis zu drei Monate dauernden vollständigen oder teilweisen Freistellung nach dem PflegeZG. Die verschiedenen Ansprüche können kombiniert werden. Dafür müssen sie jedoch nahtlos aneinander anschließen und dürfen eine Gesamtdauer von 24 Monaten nicht überschreiten. **Der Deutsche Verein empfiehlt eine Zusammenführung von PflegeZ und Familien-PfZ, damit die bislang bis zu 24 Monaten mögliche Freistellung unkompliziert und flexibel in Anspruch genommen werden kann.<sup>45</sup> Aus Sicht des Deutschen Vereins sollte die Freistellung von bis zu drei Monaten für die Sterbephase eines Angehörigen nicht auf die Höchstdauer der Pflegezeit und Familienpflegezeit nach dem PflegeZG und FPfZG von 24 Monaten angerechnet werden.**

In Zukunft wird die Bedeutung pflegender An- und Zugehöriger weiter zunehmen angesichts einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen bei abnehmendem Erwerbspersonenpotenzial. Nur gemeinsam mit ihnen wird es möglich sein, den genannten Herausforderungen zu begegnen. Für die erwerbstätigen pflegenden An- und Zugehörigen bedarf es neben der Möglichkeit der Freistellung einer Absicherung gegen hohe Einkommensverluste im Falle des Ausscheidens aus dem Er-

43 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine integrierte Senior\*innenpolitik: Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen vor Ort (DV 3/25).

44 Vgl. Klie, T.: Care und Case Management – Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit, in: AOK-Pflegereport 2020.

45 Mit der Zusammenführung sollte auch die Empfehlung des Deutschen Vereins, dass die bislang nach Pflegezeit und Familienpflegezeit unterschiedliche Betriebsgröße für den Rechtsanspruch einheitlich auf eine Beschäftigtenzahl ab 15 Mitarbeitenden festlegt werden sollten, umgesetzt werden.

werbsleben. Dafür wären neben den Regelungen zur Freistellung auch Regelungen für eine Entgeltersatzleistung notwendig. Der unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf hat einen Vorschlag unterbreitet, wie das Pflegedarlehen durch eine Lohnersatzleistung analog zum Bundeselterngeld ersetzt werden kann.<sup>46</sup> Der Beirat empfiehlt in diesem Zusammenhang, in den Kreis der Anspruchsberechtigten neben Familienangehörigen auch vergleichbar nahestehende Personen einzubeziehen.<sup>47</sup> Anspruchsvoraussetzung ist, dass mindestens Pflegegrad 2 bei der pflegebedürftigen Person vorliegt und dass die Versorgung bei erwachsenen Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit stattfindet. Bei der pflegenden Person muss eine Beschäftigung im Sinne des § 7 Abs. 1 PflegeZG oder eine selbstständige Tätigkeit vorliegen, wobei das zu versteuernde Einkommen 250.000,- € pro Jahr nicht übersteigen darf. Es sollen mehrere Personen parallel oder nacheinander anspruchsberechtigt sein. Damit sollen Anreize gesetzt werden, dass sich An- und Zugehörige die Pflegeaufgabe teilen und ein vollständiger Berufsausstieg einzelner pflegender Personen – in der Realität meist Frauen – vermieden wird. Pro pflegebedürftige Person sollen die Leistungen einmalig bis zu 36 Monate gezahlt werden. Die Fortführung der Berufstätigkeit sollte durch eine Durchschnittsarbeitszeit von 15 Stunden/Woche ermöglicht, der Umfang der Arbeitszeit dementsprechend flexibel gestaltet werden können. Auch diese Regelung soll die anschließende Rückkehr in den Beruf erleichtern. Das steuerfinanzierte Familienpflegegeld ist einkommensabhängig und entspricht in Höhe und Berechnung den Regelungen des Elterngeldes.

Der Deutsche Verein unterstützt die Empfehlung des unabhängigen Beirats dem Grundsatz nach, gibt aber Folgendes zu bedenken: Die Frage der Finanzierbarkeit einer solchen Leistung aus Steuermitteln muss geklärt werden. Vor diesem Hintergrund regt der Deutsche Verein an zu prüfen, ob die Dauer auf 24 Monate verkürzt werden sollte. Darüber hinaus ist bei der Einführung einer Lohnersatzleistung das Verhältnis zum Pflegegeld zu gestalten.

#### 2.4.2 Tagespflege zukunftssicher ausgestalten

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, oder zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege. Die Leistung umfasst auch die notwendige Beförderung des pflegebedürftigen Menschen (§ 41 SGB XI). Neben der Stabilisierung häuslicher Settings, der Entlastung An- und Zugehöriger sowie der Ermöglichung von Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ermöglichen Angebote der Tagespflege auch Teilhabe für Pflegebedürftige, bieten soziale Kontakte und wirken der Gefahr von Vereinsamung entgegen. Bislang gibt es erst wenige Angebote der Nachtpflege, es zeigen sich aber positive Entwicklungen. Diese Versorgungsform kann bei bestimmten Bedarfslagen ebenfalls zur Entlastung von An- und Zugehörigen beitragen.

46 Zweiter Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, 2023, online abrufbar unter: <https://www.bmbfsj.bund.de/resource/blob/228544/822bf9b9987dfa1fe5f33fa3631dbc2/zweiter-bericht-des-unabhaengigen-beirats-fuer-die vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf> (letzter Abruf: 3. Dezember 2025).

47 Vgl. ebd., 27 ff.

Im Jahr 2023 wurden laut Pflegestatistik 177.020 Menschen in Einrichtungen der Tagespflege versorgt. Tagespflegeangebote sind derzeit in Deutschland nicht flächendeckend verfügbar, die Gründe dafür sind nicht eindeutig. **Der Deutsche Verein empfiehlt, systematisch zu untersuchen, aus welchen Gründen in manchen Regionen keine Angebote der Tagespflege verfügbar sind.**

Gleichzeitig wird von deutlichen Auslastungsproblemen und freien Kapazitäten seitens der Leistungserbringer berichtet, da Pflegebedürftige bzw. Pflegehaushalte eine Tagespflege nicht in Anspruch nehmen würden. Grund dafür könnten die von den Pflegebedürftigen selbst zu zahlenden Kosten sein, da der Leistungsbeitrag nach § 41 SGB XI nur für die pflegebedingten Aufwendungen eingesetzt werden kann. Kostensteigerungen würden außerdem zur Reduzierung der Inanspruchnahme führen, wodurch wiederum eine finanzielle Unsicherheit insbesondere für kleine Einrichtungen entstünden.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine fachliche Ausrichtung von Tagespflegeangeboten notwendig, die den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen gerecht wird. Es gilt, die präventive und rehabilitative Ausrichtung der Angebote zu stärken. Neben der Tagespflege bedarf es auch niedrigschwelliger Angebote der Tagesbetreuung. **Der Deutsche Verein empfiehlt, die Tages- und Nachtpflege zu stärken und konzeptionell weiterzuentwickeln. Die Angebote der Tagespflege sollten stärker präventiv und rehabilitativ ausgerichtet sein. Es sollten Anreize für flexiblere Formen und alternative Umsetzungsmöglichkeiten geschaffen werden, um Leistungserbringern durch größere konzeptionelle Freiheit Möglichkeiten zu geben, Angebote der Tagesbetreuung zu entwickeln.** Zudem sollte in Anlehnung an die Möglichkeiten der flexiblen Verwendung des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI zur Deckung von nicht pflegebedingten Kosten der Tagespflege wie Fahrt- oder Investitionskosten geprüft werden, ob auch der gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a SGB XI für diese Kosten eingesetzt werden könnte.

#### 2.4.3 Kurzzeitpflege stärken

Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) ist ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil der pflegerischen Versorgung, der dazu beiträgt, häusliche Pflegesituationen zu entlasten und zu stabilisieren, wenn hier zeitweise oder nicht im erforderlichen Umfang Pflege erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Darüber hinaus soll sie den Übergang in die häusliche Pflege im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung in den Fällen erleichtern und ermöglichen, in denen wegen eines hohen behandlungspflegerischen Bedarfs und erheblichen Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit noch nicht im häuslichen Umfeld gepflegt werden kann. Besteht keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, ist Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung möglich. Insbesondere letztere Gruppe hat häufig einen hohen medizinischen Behandlungspflegebedarf. Dementsprechend ist zu berücksichtigen, dass Kurzzeitpflege unterschiedliche Zielgruppen und entsprechend unterschiedliche Bedarfslagen adressiert: als Übergangspflege nach einem Krankenhausaufenthalt

oder in sonstigen Krisensituationen, als Verhinderungspflege, wenn die Pflegeperson ausfällt oder sich erholt sowie als stationäre Versorgungsalternative in Notfällen (z.B. in Fällen von Gewalt).

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurden zum 1. Juli 2025 die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem Gemeinsamen Jahresbetrag (Entlastungsbudget) gemäß einem neuen § 42a SGB XI zusammengefasst. Damit steht für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege künftig ein kalenderjährlicher Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung, den Anspruchsberechtigte mit einer zeitliche Höchstdauer von acht Wochen flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können.

Kurzzeitpflegeplätze stehen derzeit nicht im ausreichenden Maß zur Verfügung, ihre Zahl nahm bundesweit sogar ab.<sup>48</sup> Eine Stärkung und Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege-Angebote ist daher dringend notwendig.<sup>49</sup> Dabei sollten die unterschiedlichen Bedarfe, Anlässe bzw. Zielgruppen berücksichtigt werden. Bei planbarer oder kurzfristiger Verhinderung der Pflegeperson bilden Einrichtungen der stationären Langzeitpflege mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen ein sinnvolles Angebot. Für die Übergangspflege nach Krankenhausaufenthalten oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht ausreichend sind, sind solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen besser geeignet. Hier kommen außerdem stationäre Pflegeeinrichtungen mit ganzjährig verfügbaren Plätzen und mit Anbindung an Rehabilitationseinrichtungen infrage.<sup>50</sup> In diesen Fällen ist der pflegerische und behandlungspflegerische Aufwand in der Regel vergleichsweise höher, und es besteht ein hoher Bedarf an Koordinierung, Abstimmung und Beratung (Case Management), da die Folgeversorgung vielfach nicht geklärt ist. **Um eine Refinanzierung dieser besonderen Aufwände sicherzustellen, empfiehlt der Deutsche Verein, einen Vergütungszuschlag für das Case Management vorzusehen, sowie in den Fällen einer erweiterten medizinischen Behandlungspflege eine zusätzliche Vergütung der pflegebedingten Aufwendungen, die durch das SGB V refinanziert wird.**<sup>51</sup>

Insbesondere rehabilitative und aktivierende Elemente in der Kurzzeitpflege sowie das Case Management vor einer Rehabilitationsmaßnahme oder nach einem Krankenhausaufenthalt zeigen in derzeit noch laufenden Evaluationen erfolgversprechender Modellvorhaben einen erwartbaren Nutzen hinsichtlich der Rückkehr in die Häuslichkeit. Das Case Management erweist sich dabei als zentrales Steuerungsinstrument, das reibungslosere Überleitungsprozesse gewährleistet und die häusliche Versorgung stabilisiert.

Einer Schwächung der Kurzzeitpflege durch den Gemeinsamen Jahresbetrag gilt es durch die gezielte Förderung entgegenzusteuern. Dazu bedarf es einer guten

48 Vgl. Hahnel, E. et al. (2024): Kurzzeitpflege als Chance, 16.

49 Im März 2023 sind die „Gemeinsamen Empfehlungen nach § 88a SGB XI zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege“ in Kraft getreten. Sie sollen dazu beitragen, die Verhandlung der gesetzlichen Grundlagen in den Bundesländern zu vereinfachen und in Folge die Vergütung der Kurzzeitpflege so zu erhöhen, dass daraus Anreize für die Leistungserbringer entstehen, die Kurzzeitpflege und das Angebot an Plätzen auszuweiten.

50 Vgl. Hahnel, E. et al. (2024): Kurzzeitpflege als Chance, 18.

51 Vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg: Abschlussbericht über die Tätigkeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (BLAG Pflegereform), 2024, 20 f.

Zusammenarbeit von allen relevanten Akteuren. **Dafür empfiehlt der Deutsche Verein**

- den Einrichtungen und den Verbänden der Leistungserbringer in Kooperation mit den Leistungsträgern, Konzeptionen für rehabilitative und aktivierende Angebote der solitären Kurzzeitpflege mit therapeutischen Leistungen und einem entsprechenden Personalmix zu entwickeln,<sup>52</sup>
- den Kommunen, diese Entwicklungen im Rahmen der kommunalen Sozialplanung zu unterstützen. Auch für Angebote der Kurzzeitpflege ist eine Bedarfsermittlung auf regionaler Ebene zentral, um kleinräumige Unterschiede bei Angebot und Nachfrage zu erfassen und darauf aufbauend Strukturen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln,<sup>53</sup>
- den Ländern, je nach bestehendem Bedarf, durch Landesförderprogramme und die Ausnutzung bestehender Spielräume im Heimrecht die Weiterentwicklung von Kurzzeitpflegeangeboten (auch für Menschen mit lebenslangen Behinderungen) zu unterstützen,
- die Etablierung guter Kooperationsstrukturen und Netzwerke mit allen an der Versorgung beteiligten Akteuren vor Ort, durch die die Anschlussversorgung schneller organisiert werden kann,<sup>54</sup>
- die Stärkung quartiersnaher Versorgung, um neue Angebote der Verhinderungspflege zu entwickeln und stationäre Kurzzeitpflege damit zu entlasten.<sup>55</sup>

## 2.5 Rechtssichere Regelung der Live-In-Betreuung

In der Live-In-Betreuung übernehmen meist aus Ost- und Mitteleuropa kommende Arbeitsmigrantinnen (Migrant Care Workers) Haushalts- und Betreuungsaufgaben sowie Aufgaben der Grundpflege in Privathaushalten. Schätzungen gehen von 200.000 – 600.000 Pflege- und Betreuungspersonen aus, die etwa ein Viertel der bezahlten Pflegearbeit in Deutschland leisten.<sup>56</sup> Die Arbeitsbedingungen sind häufig prekär, arbeitsrechtliche Regelungen werden insbesondere in Bezug auf die Höchstarbeitszeiten in der Regel nicht eingehalten und neben legalen Beschäftigungsvarianten über Vermittlungsagenturen und Modelle der Unterstützung und Begleitung der Live-Ins durch Pflegedienste ist Schwarzarbeit verbreitet.<sup>57</sup> Die ho-

52 Beispielhaft zu nennen sind hier die von der Landesregierung Baden-Württemberg geförderten Projekte der solitären Kurzzeitpflege: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/pflege/wohnen-im-alter/innovationsprogramm-pflege/> (letzter Abruf: 3. Dezember 2025).

53 Hahnel, E. et al. (2024): Kurzzeitpflege als Chance, 17.

54 Ebd., 19.

55 Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Soziales (2023): Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg. Kurzbericht des KVJS-Forschungsprojekts (2020–2022).

56 BMG/BMAS/Die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege (2024): Abschlussbericht der Arbeitsgruppe zur Gestaltung einer rechtssicheren Grundlage für die Live-In-Betreuung im familiären Bereich, online abrufbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/241127\\_Abschlussbericht\\_Live\\_Ins\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/241127_Abschlussbericht_Live_Ins_bf.pdf) (letzter Zugriff: 1. August 2025); Herweck, R./Weg, M.: „24-Stunden-Pflege“: Abschaffen oder neu gestalten? NDV 8/2022, 400; Habel, S./Tschenker, T.: Stay at Work. Zur Situation der Live-In-Pflege in der Corona-Krise, Soziale Sicherheit 6/2020, 215; Klie, T.: Osteuropäische Haushaltshilfen. Symptom von Strukturproblemen? Soziale Sicherheit 6/2020, 220.

57 Vgl. Herweck, R./Weg, M.: „24-Stunden-Pflege“: Abschaffen oder neu gestalten? NDV 8/2022, 400; Habel, S./Tschenker, T.: Stay at Work. Zur Situation der Live-In-Pflege in der Corona-Krise, Soziale Sicherheit 6/2020, 215; Klie, T.: Osteuropäische Haushaltshilfen. Symptom von Strukturproblemen? Soziale Sicherheit 6/2020, 220.

he Zahl von Live-Ins und die weitverbreitete Nutzung dieser Versorgungsform – meist in Kombination mit der Pflege durch An- und Zugehörige und ambulante Dienste – ist ein Beleg für die aktuell bestehenden strukturellen Problemlagen in der Langzeitpflege. Es wird deutlich, dass in den Familien, in denen Live-Ins zum Einsatz kommen, ein großer Bedarf hierfür besteht und die Personen unverzichtbare Unterstützung leisten. Unbeschadet dessen ist diese Form der Betreuung und Alltagsbegleitung in der privaten Häuslichkeit unzureichend geregelt. Der Deutsche Verein sieht hier einen dringenden regulativen Bedarf.

## 2.6 Digitale Kommunikations- und Unterstützungstechnologien ausbauen

Der Deutsche Verein tritt dafür ein, digitale Kommunikations- und Unterstützungs-technologien und KI-basierte Anwendungen zu nutzen, um Lebensqualität von auf Pflege angewiesenen Personen unabhängig von ihrem Wohnort zu erhöhen und einen Beitrag zu mehr Sicherheit und Teilhabe zu leisten, pflegende An- und Zugehörige sowie professionell Pflegende im ambulanten und stationären Bereich zu entlasten und häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren. Dabei ist stets zu beachten, dass digitale Anwendungen keine zwischenmenschliche Interaktion ersetzen dürfen. Technologieeinsatz ist als Ergänzung, nicht als Substitut von persönlicher Pflege zu betrachten. Jedoch kann der Einsatz digitaler und KI-basierter Technik insbesondere bei pflegefernen Tätigkeiten wie Verwaltungsaufgaben zur Erleichterung von Arbeitsprozessen beitragen und den Arbeitsaufwand reduzieren.

Zu den technischen und digitalen Hilfsmitteln gehören vielfältige Angebote im Bereich der Sensorik, Möglichkeiten der digitalen Kontaktaufnahme (z.B. Video-Telefonie zur psychosozialen Begleitung, Telemedizin, Telepflege und Beratung) sowie bestimmte Robotik Systeme bspw. für hauswirtschaftliche Verrichtungen. Vielfältige Einsatzmöglichkeiten der Digitalisierung und KI-basierter Programme, die erheblich zur dringend erforderlichen Entbürokratisierung der Leistungserbringung beitragen können, ergeben sich in folgenden Bereichen: Pflegedokumentation, Abrechnung von Pflegeleistungen, Verordnungsmanagement, Informationsvermittlung, Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Pflegeeinrichtungen und -diensten, Dienst- und Tourenplanung, internes Qualitätsmanagement sowie bei der Erhebung von Qualitätsindikatoren, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zur Vereinfachung und Entlastung kann digitale und KI-basierte Technik außerdem auch bei der Vielfalt von Meldepflichten, der Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen, Behörden und des Medizinischen Dienstes bei den Qualitätsprüfungen sowie bei den Prozessen der Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen beitragen.<sup>58</sup> Ein weiterer großer Schritt zur Effizienzsteigerung und Entbürokratisierung könnte dann eine zentrale Plattform sein, auf der alle Informationen zur Qualitätssicherung und Meldepflichten eingegeben werden und für die jeweils

58 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Achter Altersbericht (2020): Achter Altersbericht – Ältere Menschen und Digitalisierung, online abrufbar unter: [Achter Altersbericht – Ältere Menschen und Digitalisierung](#) (letzter Zugriff: 6. Juni 2025); Diakonie Deutschland (2025): Digitalisierung in der Pflege aus diakonischer Sicht – ein Impulspapier, online abrufbar unter: <https://www.diakonie.de/informieren/infothek/2025/mai/impulspapier-digitalisierung-in-der-pflege-aus-diakonischer-sicht> (letzter Zugriff: 6. Juni 2025).

zuständigen Akteure abrufbar sind. So wird eine einheitliche, sichere und bürokratierme Kommunikation ermöglicht.

Um wirkungsvolle digitale Angebote mit einem erkennbaren Mehrwert für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige und professionell Pflegende zu entwickeln, muss die Perspektive dieser Nutzergruppen frühzeitig in Forschungs- und Entwicklungsprozesse einbezogen werden. Nur so können die Bedarfe und Kompetenzen der jeweiligen Zielgruppen angemessene Berücksichtigung finden, die für die Nutzung notwendige Akzeptanz hergestellt und damit die Anwendung digitaler Kommunikations- und Unterstützungstechnologien in der Praxis möglich werden.

Eine stabile und flächendeckende Netzabdeckung ist eine Voraussetzung für die Digitalisierung der Pflege. Der Zugang zu zuverlässigem Internetzugang muss in allen Pflegeeinrichtungen und -diensten gewährleistet sein, um digitale Anwendungen effektiv nutzen zu können und Pflegebedürftigen digitale Teilhabe zu ermöglichen. Gleiches gilt für die häusliche Versorgung, damit bewährte Unterstützungstechnik wie der Hausnotruf verlässlich funktionieren.

Eine weitere Voraussetzung ist eine verpflichtende, die Sektoren im Gesundheits- und Pflegebereich übergreifende und durchgängig digitale sowie interoperable Nutzung der sicheren Telematikinfrastruktur (TI), einschließlich automatisierter Datenverarbeitung ohne Medienbrüche. Beispielsweise gibt es noch keine bundesweit einheitliche Patienten-ID, die unabhängig von der Krankenversicherung und sektorenübergreifend genutzt wird. Das kann zu Problemen bei der eindeutigen Zuordnung von Patientendaten zwischen den Versorgungsbereichen führen.

Die gesetzlichen Regelungen gemäß §§ 371 ff. SGB V zur Integration und Definition offener, standardisierter Schnittstellen in Primärsoftwaresystemen sind essenziell für eine reibungslose Kommunikation zwischen den Sektoren im Gesundheits- und Pflegebereich. Für die Langzeitpflege müssen diese Vorgaben jedoch gezielt weiterentwickelt werden. Damit die TI und ihre Anwendungen flächendeckend und wirksam umgesetzt werden können, ist ein verstärktes Engagement aller beteiligter Akteure – von Softwareherstellern über Leistungserbringende bis hin zu politischen Entscheidungsträgern – unerlässlich. **Damit die medienbruchfreie Übermittlung und Nutzung der Daten möglich werden, empfiehlt der Deutsche Verein dem Gesetzgeber, Maßnahmen zur Förderung der Interoperabilität auf Bundesebene weiterzuentwickeln und mit hohem Nachdruck umzusetzen.**<sup>59; 60</sup>

Die Einführung digitaler Technologien gelingt nicht ohne zeitlichen, personellen und finanziellen Mehraufwand. Pflegeeinrichtungen und -diensten kommt die Aufgabe zu, die Belegschaft in die Implementierung von neuen Technologien einzubeziehen und entsprechende Kompetenzen in den Pflegeteams aufzubauen. Schulungen und Unterstützungsangebote zur Vermittlung, Auffrischung und Festigung digitaler Kompetenzen sollten im Sinne einer Inhouse-Schulung in den Praxisalltag eingebunden sein, damit keine Übertragungsverluste zwischen Theo-

59 Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege beim GKV-Spitzenverband hat die Aufgabe, Standards und Kriterien für die Digitalisierung in der Pflege zu entwickeln, siehe: <https://www.kompetenzzentrum-pflege.digital/ueber-uns> (letzter Zugriff: 3. Dezember 2025).

60 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Rechtsvereinfachung und Entbürokratisierung im Sozialrecht, NDV 2025, 326 ff.

rie und Anwendung entstehen. Bei der Entwicklung digitaler Technologien müssen pflegefachliche sowie organisationsbezogene und settingspezifische Anforderungen der Pflegeprozesse berücksichtigt werden.

Nach der Implementierung sollten digitale Technologien einfach anwendbar und prozessoptimierend sein, damit sie keinen zusätzlichen Aufwand für die Pflegepersonen verursachen, tatsächlich zu ihrer Entlastung beitragen und nicht zu einem zusätzlichen Zeit- und Stressfaktor werden.<sup>61</sup>

Bei der Finanzierung muss zwischen Anschaffungskosten von Hard- und Software und den notwendigen zusätzlichen Personalressourcen einerseits und den laufenden Kosten für die Updates der Komponenten und Anwendungen sowie den kontinuierlichen Support (inhouse oder durch einen Dienstleister) andererseits unterschieden werden. Dabei ist zu beachten, dass auch die Anschaffung angesichts der technologischen Entwicklungen als andauernder Prozess zu verstehen ist, der nicht mit einmaligen Finanzierungsmodellen abzuschließen ist. Die derzeit einmalige Förderung von bis zu 12.000,- € nach § 8 Abs. 8 SGB XI deckt daher nur einen Teil der Gesamtkosten. **Der Deutsche Verein empfiehlt die Anschubfinanzierung in § 8 Abs. 8 SGB XI so auszugestalten, dass Fördermittel unkompliziert, regelmäßig und ohne übermäßige finanzielle Belastung für kleinere Unternehmen abrufbar sind.**

Die laufenden Kosten für die Nutzung digitaler Technologien und für das Personal für den Technikeinsatz müssen in der Regelfinanzierung abgebildet werden. **Der Deutsche Verein empfiehlt eine Verankerung in den Rahmenverträgen, um Erwartungen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zu klären und die Finanzierung der laufenden Kosten zu ermöglichen.**

Um digitale und technische Unterstützung für pflegebedürftige Menschen und pflegende An- und Zugehörige nutzbar zu machen und um auf sich verändernde Unterstützungsbedarfe reagieren und Anpassungen vornehmen zu können, sollten bestehende Beratungsstellen auch zu den Möglichkeiten technischer Assistenzsysteme und Unterstützungsangebote beraten und ggf. gezielte Schulungen anbieten. Vorhandene Beratungsstrukturen sollen sich im Hinblick darauf weiterqualifizieren und -entwickeln und entsprechende Kompetenzen, auch mittels ehrenamtlicher Unterstützung, aufbauen.<sup>62</sup> Bei der Entwicklung niedrigschwelliger und vernetzter Unterstützungsstrukturen (z.B. Nachbarschaftshilfe, Engagementvermittlungen) sind digitale Lösungen einzubeziehen.

61 Derzeit besteht eine Lücke zwischen den Erwartungen an die entlastende Wirkung digitaler und KI-basierter Anwendungen und den tatsächlichen Nachweisen über ihre Wirksamkeit in der Pflegepraxis in Deutschland. Der Einsatz digitaler Anwendungen kann kurz- und mittelfristig sowohl zu Zeitgewinnen als auch -verlusten für beruflich Pflegende führen, vgl. Bringmann/Evans-Borchers (2025): Die digitale Dividende in der Pflege. Warum sie nicht ankommt, und was wir dagegen tun können.

62 Siehe dazu auch die Entschließung des Bundesrates zur Schaffung von Grundlagen zur Refinanzierbarkeit digitaler altersgerechter Assistenzsysteme im Rahmen des SGB XI vom 28. Februar 2020, Drucks.-Nr. 105/20.

## **2.7 Voller Zugang von Menschen mit Behinderungen zu Leistungen der Pflegeversicherung**

Drei Prozent der pflegebedürftigen Menschen leben in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe.<sup>63</sup> § 43a SGB XI begrenzt deren Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedingte Aufwendungen auf 278,- € monatlich. Während bei Einführung der Pflegeversicherung 1995 die Menschen mit Behinderungen noch jung und die Pflegebedarfe in der Regel noch nicht so umfassend waren, zeigt sich heute ein anderes Bild. Menschen mit Behinderungen werden immer älter, und die Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Behinderungen tritt oft in einem früheren Lebensalter ein.

**Der Deutsche Verein bekräftigt seine wiederholt vorgebrachte Forderung, dass versicherten pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen unabhängig davon, wo und wie sie leben, die Leistungen der Pflegeversicherung vollumfänglich zur Verfügung stehen müssen.**<sup>64</sup>

Der Deutsche Verein setzt sich zudem für eine Neuausrichtung des § 43a SGB XI nach den jeweiligen Pflegegraden der Leistungsberechtigten ein. Zur notwendigen Stärkung der Pflegefachlichkeit in den besonderen Wohnformen müssen die Leistungspauschalen für entstehende Pflegebedarfe in besonderen Wohnformen dem § 43 SGB XI angeglichen werden. Dies ist auch notwendig, um bereits jetzt sichtbaren Verlegungen von Menschen mit Behinderungen und zunehmendem Pflegebedarf aus den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe in die Pflegeeinrichtungen entgegenzutreten.

**Darüber hinaus empfiehlt der Deutsche Verein, die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege klarer zu regeln.**

Auch die Situation von jungen Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf sowie ihren An- und Zugehörigen sollte mit Blick auf einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit besonders betrachtet werden.

## **3. Kompetenzorientierter Einsatz von Pflegefachpersonen im Rahmen der Heilkundeübertragung**

Für eine gute pflegerische Versorgung, Beratung und Betreuung unabhängig von der Wohnform ist die Begleitung aller auf Pflege angewiesener Menschen durch qualifizierte Pflegefachpersonen eine notwendige Voraussetzung. Die 2019 in der Konzertierten Aktion Pflege beschlossenen und umgesetzten Maßnahmen konnten den bestehenden Personalmangel nicht abwenden. Zwar ist die Zahl der Beschäftigten in der Pflege gestiegen, dennoch steigt der Personalbedarf in der stationären und ambulanten Pflege deutlich schneller als die Zahl der Erwerbstätigen in Pflege und Gesundheitsberufen. Die Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit zeigt für die Pflegeberufe sowohl für Fach- als auch für Assistenzkräfte seit Jahren bundesweit Engpässe. Die Arbeitslosen-Stellen-Relation für Pflegefachpersonen lag im Jahr 2024 bei 55, d.h. auf etwas mehr als 4.000 arbeits-

63 Vgl. Bericht der Bundesregierung: zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen, 2024.

64 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

los gemeldete Fachpersonen kamen etwas mehr als 7.000 offene Stellen, die durchschnittliche Vakanzzeit lag bei 277 Tagen.<sup>65</sup> Die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltage lag bei Berufen in der Altenpflege im Jahr 2023 mit durchschnittlich 34,7 Tagen gegenüber 10,6 Tagen bei allen Erwerbstätigen im Durchschnitt wesentlich höher und trägt erheblich zum Arbeitskräftemangel bei.<sup>66</sup> Zentrale Ursachen liegen in den schwierigen Arbeitsbedingungen in der Pflege wie hohe körperliche und emotionale Belastungen, oft lange Arbeitszeiten und Schichtarbeit sowie fehlende persönliche Entwicklungsmöglichkeiten und Karriereperspektiven. Die Fach- und Arbeitskräfte sicherung in der Pflege bleibt demnach eine der dringendsten Aufgaben in den kommenden Jahren.

Die eigenverantwortliche (erweiterte) Heilkundeausübung durch entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen gehört zum Kernbereich pflegerischer Kompetenzen. Um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern sowie die vorhandenen Kompetenzen besser für die flächendeckende Versorgung zu nutzen, müssen Pflegefachpersonen das tun dürfen, was sie in der Ausbildung gelernt haben. Dafür wurde mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege die gesetzliche Grundlage zur Ausweitung der Befugnisse und Verantwortungsbereiche von Pflegefachpersonen geschaffen.<sup>67</sup> Pflegefachpersonen können entsprechend ihrer Kompetenz künftig eigenverantwortlich heilkundlich tätig werden. Dies beinhaltet, dass Pflegefachpersonen bestimmte Aufgaben der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich im Rahmen der leistungsrechtlichen Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen dürfen und dass Empfehlungen zu Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln in bestimmten Fällen auch ohne ärztliche Veranlassung ausgestellt werden können.

**Damit die Ausweitung der Befugnisse und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen auch tatsächlich die gewünschten Effekte entfalten kann, empfiehlt der Deutsche Verein, deren eigenverantwortliche Rolle im Versorgungssystem des SGB V und XI strukturell leistungsrechtlich sowie leistungserbringungsrechtlich zu verankern. Sie müssen entsprechend ihrer Kompetenzen berechtigt sein, nach entsprechender ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung oder nach pflegerischer Diagnose eigenverantwortlich die heilkundlichen Leistungen, für die sie entsprechende Kompetenzen in der Aus- oder Weiterbildung erworben haben, zu erbringen, ohne dass es einer weiteren Ermächtigung im Einzelfall bedarf.**

Die erweiterten heilkundlichen Befugnisse dürfen nicht, wie im Pflegestudium-stärkungsgesetz vorgesehen, auf lediglich drei Felder (Wunden, Diabetes, Demenz) begrenzt werden. In der eigenverantwortlichen Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen liegt einer der Schlüssel für das Gesundheits- und Pflegesystem der Zukunft.<sup>68</sup> Durch einen Scope of Practice, bundeseinheitliche Weiterbildungsempfehlungen und auf dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) basierende Kompetenzfeststellungsverfahren, die von den maßgeblichen Organisatio-

65 Vgl. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Footer/Top-Produkte/Fachkraeftengpassanalyse-Nav.html> (letzter Zugriff: 3. Dezember 2025).

66 Die Daten beziehen sich auf die Versicherten der AOK, vgl. Schenkel et al. (2024): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2023, in: Badura et al.: Fehlzeiten-Report 2024. Bindung und Gesundheit – Fachkräfte gewinnen und halten, 347, 368.

67 Bundesrat-Drucks. 630/25, 55, 58.

68 Karangianidis et.al.: Gesundheit der Zukunft, 2025.

nen der Pflege (MOP) erarbeitet werden sollen, sind die Kompetenzen der professionellen Pflege neben der Akademisierung im Rahmen eines Gesetzes zu Advanced Practice Nurses (APN) zu stärken.

## 4. Eigenanteile an pflegebedingten Kosten reduzieren

Das Teilleistungssystem der sozialen Pflegeversicherung stößt derzeit an seine Grenzen, da die Zahl der in stationären Einrichtungen lebenden Pflegebedürftigen, die über ihre finanziellen Grenzen hinaus belastet sind, trotz der Entlastung durch die Leistungszuschläge (§ 43c SGB XI) weiterhin steigt.<sup>69</sup> Das führt dazu, dass immer mehr pflegebedürftige Menschen Sozialhilfe beziehen müssen und sich die Kosten für die Hilfe zur Pflege in den Kommunen weiter erhöhen. Die Kostensteigerungen wurden durch die Leistungszuschläge zwar abgemildert, konnten aber auf diese Weise nicht gestoppt werden.<sup>70</sup>

Bei ambulanter Versorgung können steigende Kosten dazu führen, dass Pflegebedürftige und An- und Zugehörige entscheiden, professionelle Pflege aus finanziellen Gründen nicht in dem Umfang in Anspruch zu nehmen, der dem bestehenden Bedarf entspricht. Fehlende oder zu geringe professionelle Unterstützung bei der Pflege birgt für pflegende An- und Zugehörige die Gefahr der Überforderung, für pflegebedürftige Menschen die Gefahr der Unterversorgung, verbunden mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands (Mehrkosten SGB V) oder eines ungewollten Umzugs ins Heim. Es entsteht darüber hinaus ein erhöhtes Risiko für das Vorkommen von Gewaltsituationen.<sup>71</sup> Die Pflegeversicherung wird damit zunehmend dem bei ihrer Einführung formulierten Anspruch, die pflegebedingten Kosten weitgehend zu tragen, nicht mehr gerecht. **Der Deutsche Verein bekräftigt seine Empfehlung an den Gesetzgeber, Regelungen zu treffen, um die pflegebedingten Eigenanteile ambulant und stationär effektiv und nachhaltig zu reduzieren.**

### 4.1 Leistungen dynamisieren

Steigende Kosten in der Pflege führen bei einem Teilleistungssystem mit festen Leistungspauschalen zur Entwertung der Leistungen. In der Pflegeversicherung war zunächst keine regelgebundene Leistungsdynamisierung zum Ausgleich des Kaufkraftverlusts vorgesehen. Dies führte bis zur ersten Anpassung der Leistungssätze im Jahr 2008 zu einer Entwertung der Leistungspauschalen und damit faktisch zu Leistungskürzungen. Seitdem wurden die Leistungsbeträge stufenweise

69 Durch die Einführung der Leistungszuschläge mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungs-Gesetz (GVWG) im Jahr 2022 ist die Zahl der Empfänger\*innen von Hilfe zur Pflege in diesem Jahr zurückgegangen, betrug aber immer noch etwas über 30 % der pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Einrichtungen (vgl. Bericht der Bundesregierung: Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen, 2024, 20).

70 Die von den Pflegebedürftigen im stationären Bereich selbst zu tragenden Kosten setzen sich zusammen aus dem sogenannten einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE, im Folgenden pflegebedingte Eigenanteile), den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten. In diesem Kapitel werden nur die Vorschläge zur Reduzierung oder Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile betrachtet, die Investitionskosten wurden im Kapitel 2.1.1 erörtert.

71 Vgl. BLAG Pflegereform: Diskussionspapier „Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege“, Stand: 3. Juni 2024, 8.

erhöht.<sup>72</sup> Eine regelmäßige Dynamisierung ist aktuell bis zum Jahr 2028 gesetzlich vorgesehen.

Ein Weg, die Eigenanteile kurzfristig zu begrenzen, ist eine regelmäßige Dynamisierung der Leistungen. Die gesetzlich vorgesehene Dynamisierung orientiert sich an der Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren (§ 30 SGB XI). Das wird der Spezifik der Pflege insofern nicht gerecht, als dass hier größere Handlungserfordernisse bestehen als in anderen Berufszweigen. Grund dafür sind die wegen des zunehmenden Fachkräftemangels dringend notwendigen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und der Personalschlüssel sowie der vielerorts bestehende Nachholbedarf im Lohngefüge. Eine künftige Dynamisierungsregelung sollte dementsprechend so ausgestaltet sein, dass eine Angleichung der Leistungen an die tatsächliche Kostenentwicklung nach festgelegten Kriterien erfolgt. Um der Dynamik der Kostenentwicklung standzuhalten, ist eine jährliche Dynamisierung nötig, die über die Anpassung an die Kerninflationsrate hinausgeht und die Preisentwicklung in der Pflege einbezieht.

**Der Deutsche Verein empfiehlt eine jährliche und regelmäßige Dynamisierung der Leistungen entsprechend der Preisentwicklung in der Pflege, um einem schlechenden Wertverlust entgegen zu wirken.**

#### 4.2 Medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen systemgerecht aus GKV finanzieren

Der Deutsche Verein hat in der Vergangenheit mehrfach gefordert, die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege – und perspektivisch der interprofessionellen Heilkundeausübung – im stationären Bereich systemgerecht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern.<sup>73</sup> Im Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz wurde im Jahr 2018 ein Vergütungszuschlag für stationäre Einrichtungen zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege festgelegt. Zur Finanzierung dieser Leistungen zahlen die Krankenkassen jährlich 640 Mio. € an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Konkret beliefen sich im Jahr 2022 die Zahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Pflegeversicherung, die im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege stehen, auf zusammen knapp 700 Mio. €.<sup>74</sup> Berechnungen des IGES-Instituts zufolge belaufen sich die Kosten der medizinischen Behandlungspflege auf gut drei Mrd. € pro Jahr.<sup>75</sup> Die Kosten der in stationären Einrichtungen erbrachten Behandlungspflege werden, anders als im ambulanten Bereich, weiterhin nicht durch die GKV gedeckt. **Die Forderung des Deutschen Vereins, die medizinische Behandlungspflege vollständig aus Mitteln des SGB V zu finanzieren, bleibt somit bestehen, um die Finanzierungsungleichheit zwischen ambulanter und**

72 Zunächst mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ab 2008, dann mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) ab 2024.

73 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds, DV 21/14. Stellungnahme der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG), DV 14/18.

74 Vgl. Bericht der Bundesregierung (2024): Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen, 29.

75 Vgl. ebd., S. 50; Rothgang et al. (2025): 3. Gutachten zur alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung, 32.

**stationärer Versorgung an dieser Stelle aufzuheben, ambulant und stationär versorgte Menschen gleich zu behandeln sowie die pflegebedürftigen Menschen in der stationären Versorgung finanziell zu entlasten.**

Durch die systemgerechte Verankerung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen im SGB V werden außerdem Hürden bei der flexiblen Gestaltung unterschiedlicher Formen der Pflege in Gruppen, z.B. im Quartier oder in Wohngemeinschaften, beseitigt. **Um eine schnelle Lösung zur Reduzierung der Eigenanteile und zur Beseitigung der Hürden bei der Entwicklung innovativer Versorgungsformen zu erzielen, empfiehlt der Deutsche Verein eine unbürokratische und pauschale Regelung zur Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen aus dem SGB V.**

#### **4.3 Ausbildungskosten aus Pflegevergütungen herausnehmen**

Die Kosten der Pflegeausbildung werden nach §§ 26 ff. Pflegeberufegesetz durch Ausgleichsfonds finanziert, die auf Landesebene organisiert und verwaltet werden. Neben Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und -diensten sowie den Ländern zahlt auch die soziale Pflegeversicherung in den jeweiligen Ausgleichsfonds. **Der Deutsche Verein empfiehlt die Herausnahme der Ausbildungskostenumlage aus den Pflegevergütungen und eine Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe aus Steuermitteln.**

#### **4.4 Modelle zur Reduzierung der Eigenanteile**

##### **4.4.1 Pflegebedingte Eigenanteile prozentual reduzieren (§ 43c SGB XI)**

Der Deutsche Verein hat in seinen Empfehlungen von 2021 die prozentuale Begrenzung der Eigenanteile als eine mögliche Übergangslösung zu einer umfassenderen Reform wie dem Sockel-Spitze-Tausch vorgeschlagen.<sup>76</sup> Aus Sicht des Deutschen Vereins hat diese kurzfristig umsetzbare Maßnahme den Vorteil, dass die mit dem bundeseinheitlichen Sockel verbundenen Probleme der Leistungs- und Kostenunterschiede in den Regionen bzw. in den Pflegeeinrichtungen nicht auftreten. Bestehen bleiben dagegen Unterschiede in der Höhe der von den Pflegebedürftigen zu tragenden pflegebedingten Eigenanteile in den einzelnen stationären Pflegeeinrichtungen.

Mit der Einführung der Leistungszuschläge im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungs-Gesetz (GVWG) im Jahr 2022 und der Erhöhung der Zuschläge im PUEG zum 1. Januar 2024 wurde dieser Vorschlag umgesetzt, allerdings zeitlich gestaffelt und mit geringeren prozentualen Anteilen. Bereits heute zeigt sich, dass diese Maßnahme zwar gut, aber nicht ausreichend wirksam ist, um die steigenden Eigenanteile zu begrenzen. Darüber hinaus verstärken die Leistungszuschläge die Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Sektor und beeinflussen insbesondere die Situation ambulant betreuter Wohngemeinschaften negativ.

<sup>76</sup> Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

#### 4.4.2 Sockel-Spitze-Tausch<sup>77</sup>

Eine weitere Möglichkeit zur Begrenzung der Eigenanteile, ist der „Sockel-Spitze-Tausch“.<sup>78</sup> Ziel ist die Umwandlung der Pflegeversicherung in eine „echte Teilkasko“-Versicherung, d.h. der Eigenanteil für pflegebedingte Kosten ist festgelegt, alle darüber hinausgehenden pflegerischen Bedarfe werden von der Pflegeversicherung gedeckt. Die Kosten für Versorgung und Unterkunft sowie nicht geförderte Investitionskosten in der stationären Versorgung würden weiterhin von den Pflegebedürftigen selbst getragen. Vorgesehen ist ein bundesweit einheitlicher Eigenanteil in jedem Pflegesetting, dessen Höhe politisch festgelegt werden kann. Mit der Absenkung der pflegebedingten Eigenanteile auf null könnte auch eine Vollversicherung erreicht werden. Aus Sicht des Deutschen Vereins müsste für die Umsetzung des Sockel-Spitze-Tauschs allerdings das Problem der unterschiedlich hohen Personalkosten in den Bundesländern gelöst werden.

Die mit dem Sockel-Spitze-Tausch verfolgten Ziele dürfen nicht auf den stationären Bereich beschränkt bleiben, sondern müssten auch in der ambulanten Langzeitpflege Anwendung finden, was voraussetzungsvoll ist. Rothgang et al. (2025) nennen hier modularisierte Leistungen, eine individuelle Ermittlung des tatsächlich bestehenden Pflegebedarfs sowie die Weiterentwicklung des Pflegegeldes. Der „wir pflegen! Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e.V.“ weist außerdem darauf hin, dass eine umfassende monetäre Bewertung aller notwendigen pflegerischen Leistungen – unabhängig davon, ob sie extern eingekauft oder durch An- und Zugehörige selbst erbracht werden – eine weitere Voraussetzung für einen fairen Sockel-Spitze-Tausch ist. Nur dies könne eine geeignete Bezugsbasis für den zu erbringenden Eigenanteil sein.

Derzeit zahlen pflegebedürftige Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben und versorgt werden diejenigen Leistungen oder Leistungsanteile selbst, die die festen Beträge der Pflegeversicherung übersteigen. In der Logik des Sockel-Spitze-Tauschs müssten ambulant versorgte Menschen die erhaltenen Leistungen aber zunächst bis zu einem bestimmten Betrag („Sockel“) selbst zahlen. Erst Leistungen die diesen Sockelbetrag übersteigen, würden durch die Pflegeversicherung getragen.<sup>79</sup> Welche Konsequenzen dies insbesondere für Menschen mit geringem Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung hat, müsste geprüft werden. Weiterhin stellt sich die Frage, ob die festen Eigenanteile im ambulanten und stationären Bereich tatsächlich die gleiche Höhe haben sollten. Der Deutsche Verein sieht das Modell des Sockel-Spitze-Tauschs trotz noch offener Fragen als einen wichtigen Impuls für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Es gilt, diesen Gedanken der effektiven und nachhaltigen Begrenzung der Eigenanteile weiterzuentwickeln.

77 Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) teilt die in diesem Unterkapitel vertretene Position nicht.

78 Ausführlich dazu Rothgang, H./Kalwitzki, T. (2017): Gutachten: Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur; Rothgang, H. et al. (2019): 2. Gutachten Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung; Rothgang, H. et al. (2025): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung III (AAPV III). Konzept für die Einführung einer bedarfsorientierten Pflegevollversicherung mit begrenzten Eigenanteilen.

79 Rothgang et al. (2019): 2. Gutachten Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, 36.

## **5. Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung erweitern, zukunfts-fähig ausgestalten und Ausgaben prüfen**

Um die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung langfristig zu stabilisieren, müssen sowohl die Einnahmen- als auch Ausgabenseite in den Blick genommen werden. Die Seite der Ausgaben hängt mit dem Leistungszugang sowie dem Umfang der Leistungen zusammen. Wie im vorausgehenden vierten Kapitel dargelegt, wird die Pflegeversicherung angesichts der steigenden Eigenanteile dem bei ihrer Einführung formulierten Anspruch, die pflegebedingten Kosten weitgehend zu tragen, nicht mehr gerecht. Die Stabilisierung der Finanzierung der Pflegeversicherung allein zulasten pflegebedürftiger Menschen und einer weiter steigenden Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege wirft Fragen an die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf.

Gleichwohl gilt es, auch das Pflegesystem einer Aufgabenkritik zu unterziehen und Möglichkeiten zu prüfen, die Ausgaben zu verringern. Zur Entlastung des gesamten Pflegesystems trägt eine konsequente Verringerung nicht notwendiger Bürokratie bei. Der Deutsche Verein hält es für dringend geboten, Berichts- und Dokumentationspflichten zu vereinfachen sowie deren jeweilige Ausgestaltung zu minimieren.<sup>80</sup> Administrative Aufgaben der Pflegefachpersonen können auf diese Weise reduziert und vorhandene finanzielle und personelle Ressourcen dort eingesetzt werden, wo sie wirklich gebraucht werden.

Darüber hinaus werden aktuell die mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) im Jahr 2017 eingeführten Schwellenwerte des Begutachtungsinstruments sowie die Neuausrichtung des ebenfalls mit dem PSG II eingeführten Pflegegrad 1 diskutiert. Der Kreis der Leistungsberechtigten, also der Leistungszugang, wurde durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) ausgeweitet. Mit der durch das PSG II vollzogenen Umstellung auf Pflegegrade wurde ein differenziertes System der Einstufung auf wissenschaftlicher Grundlage eingeführt. Bezuglich der Schwellenwerte für die Pflegegrade 1 und 2 kamen die Expertenbeiräte in den Jahren 2009 und 2013 zu unterschiedlichen Ergebnissen.<sup>81</sup> In der Gesetzesbegründung ist ausgeführt, dass die Schwellenwerte gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 vor dem Hintergrund sozialpolitischer Zielsetzungen abgesenkt wurden.<sup>82</sup> **Um eine differenzierte Begrenzung der Ausgabendynamik der Pflegeversicherung zu erreichen, empfiehlt der Deutsche Verein, die Schwellenwerte für die Pflegegrade 1 und 2 auf Grundlage der Ergebnisse der derzeitigen Evaluation zu prüfen.**

80 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Rechtsvereinfachung und Entbürokratisierung im Sozialrecht, NDV 2025, 326 ff.

81 Bundesministerium für Gesundheit: Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 2013, 20 ff.

82 Vgl. BT-Drucks. 18/5926: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), 113.

Ein aktuelles wissenschaftliches Dossier<sup>83</sup> bestätigt die bei Einführung des PG 1 zugrunde liegende Studie,<sup>84</sup> die davon ausging, dass zu den häufigsten Bedarfslagen in diesem Pflegegrad die Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung gehört. Das Dossier zeigt darüber hinaus jedoch auch, dass präventive Maßnahmen nur wenig in Anspruch genommen werden. Vor diesem Hintergrund sollte die Neugestaltung der Leistungsansprüche des Pflegegrad 1 geprüft werden. Eine klarere Ausrichtung auf Gesundheitsförderung und Prävention könnte das Vorschriften stärkerer Beeinträchtigungen verzögern. Vor diesem Hintergrund wird derzeit die Herausnahme des Entlastungsbetrags aus dem Leistungsspektrum des Pflegegrad 1 diskutiert, da sich hier Einspareffekte erzielen lassen.

Der Ausgabenseite steht die Seite der Einnahmen gegenüber. Der Deutsche Verein hat wiederholt festgestellt, dass die finanziellen Defizite der Pflegeversicherung zu einem bedeutenden Teil aus den zu geringen Einnahmen resultieren.<sup>85</sup> Die vollständige Abhängigkeit der Einnahmen in der Pflegeversicherung von Arbeitsentgelt, Renteneinkünften bzw. gleichgestellten Einkommen macht das System anfällig für negative Schwankungen auf dem Arbeitsmarkt. Die Finanzierung der Pflegeversicherung über das beitragsfinanzierte Umlagesystem in seiner jetzigen Ausgestaltung kommt damit ebenfalls an seine Grenzen. Die Herausforderungen wachsen angesichts der demografischen Entwicklung und dem damit einhergehenden sinkenden Erwerbspersonenpotenzial.

Im Folgenden unterbreitet der Deutsche Verein Vorschläge, wie die absehbar steigenden Kosten für die Pflegeversicherung gegenfinanziert werden können. In der Vergangenheit geschah dies über eine Anhebung der Beitragssätze. Dieses Instrument wurde bereits in den Empfehlungen von 2021 als nicht ausreichend und nicht mehr akzeptabel eingeschätzt.<sup>86</sup>

## 5.1 Einführung eines Steuerzuschusses

Ein Element der Refinanzierung kann die Einführung eines Steuerzuschusses sein. Ein solcher Zuschuss lässt sich erstens damit begründen, dass von der Pflegeversicherung eine Reihe sogenannter versicherungsfremder Leistungen erbracht werden, wie z.B. Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen, das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a SGB XI, die beitragsfreie Familienmitversicherung, die Anschubfinanzierung für die Digitalisierung und die Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sowie Ausbildungskosten für die Pflegeberufe.

Zwar wurde im Jahr 2022 ein pauschaler Steuerzuschuss von 1 Mrd. € im Jahr eingeführt (§ 61a SGB XI); im Haushaltfinanzierungsgesetz von 2023 wurde jedoch

83 Medicproof (2024): Pflegegrad 1 in der Begutachtung – Datenanalyse und Gutachterbefragung. Eine neue Gruppe Pflegebedürftiger, die zum starken Wachstum der Begutachtungen beiträgt. Wissenschaftliches Dossier, abrufbar unter: [https://www.medicproof.de/fileadmin/user\\_upload/Unternehmen/Wissenschaftliches\\_Dossier\\_-\\_Pflegegrad\\_1\\_in\\_der\\_Begutachtung.pdf](https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/Unternehmen/Wissenschaftliches_Dossier_-_Pflegegrad_1_in_der_Begutachtung.pdf) (letzter Abruf: 22. August 2025).

84 Wingenfeld, K./Gansweid, B. (2013): Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – Abschlussbericht, Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, Bielefeld und Münster.

85 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung, NDV 8/2004, 263; Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

86 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

beschlossen, dass dieser von 2024–2027 ausgesetzt wird. Als Kompensation wurde die Zuführung von Beitragsmitteln an den Pflegevorsorgefonds für diesen Zeitraum um diesen Betrag abgesenkt. Außerdem wurde der sozialen Pflegeversicherung mit dem Haushaltsgesetz 2022 ein Darlehen in Höhe von 1 Mrd. € gewährt; für 2025 ist ein weiteres Darlehen in Höhe von 500 Mio. sowie für 2026 in Höhe von 1,5 Mrd. geplant, um die Liquidität der Pflegekassen zu gewährleisten.<sup>87</sup> Diese Maßnahmen zeigen die Labilität der Finanzierungsgrundlage der SPV.

**Im Hinblick auf die beschriebenen versicherungsfremden Leistungen, die von der Pflegeversicherung erbracht werden, empfiehlt der Deutsche Verein einen fest an die Finanzierung dieser Leistungen gebundenen Steuerzuschuss für die soziale Pflegeversicherung.**

So könnten u.a. die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, die 2023 bei 3,59 Mrd. € lagen<sup>88</sup> und bis 2026 auf geschätzt 4,5 bis 5 Mrd. anwachsen werden, durch einen Steuerzuschuss mit klarer Zweckbestimmung direkt finanziert werden und damit einen erheblichen Beitrag zur Stabilisierung der SPV leisten. Einmalig müssen zudem die pandemiebedingten Aufwendungen von etwa 5,2 Mrd. €, die zu einem Großteil aus dem Ausgleichsfonds (§ 65 SGB XI) der sozialen Pflegeversicherung gezahlt wurden, kurzfristig und vollständig durch den Bund erstattet werden.<sup>89</sup>

## 5.2 Einnahmebasis durch Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage stabilisieren<sup>90</sup>

Um die vollständige Abhängigkeit der Einnahmen in der Pflegeversicherung von Arbeitsentgelt, Renteneinkünften bzw. gleichgestelltem Einkommen abzuschwächen, hat der Deutsche Verein bereits 2004 vorgeschlagen, auch andere Einkommensarten wie Kapitalerträge oder Mieteinnahmen in die Beitragsbemessung einzubeziehen.<sup>91</sup> **Der Deutsche Verein empfiehlt zu prüfen, wie die Einnahmebasis der Pflegeversicherung z.B. durch die Einbeziehung anderer Einkommensarten in die Beitragsbemessung und durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bei gleichzeitiger Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze verbreitert und damit weniger krisenanfällig gemacht werden kann.**

## 5.3 Ausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung schaffen

Aktuell besteht ein Ungleichgewicht zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung (PPV). Das Versicherungskollektiv der privaten Pflegeversicherung weist eine günstigere Alters- und Geschlechterstruktur auf, bei gleichzeitig niedrigeren

87 Vgl. Bericht der Bundesregierung (2024): Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen, 43.

88 AOK-Bundesverband (2024): Gutachten: Reform der Pflegefinanzierung. Szenarien zu den finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Reformoptionen, 31.

89 DAK-Gesundheit (2024): Die Finanzierung von Maßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie über den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Ein verfassungswidriger Zugriff auf Sozialversicherungsbeiträge.

90 Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) teilt die in diesem Unterkapitel vertretene Position nicht.

91 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung, NDV 8/2004, 263; Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

Pflegeprävalenzen. Da Leistungsrecht und Begutachtungskriterien bei beiden Versicherungszweigen gleich sind, betragen die Leistungsausgaben der Privatversicherten nur 40 % derjenigen der Sozialversicherten.<sup>92</sup> Berechnungen für das Jahr 2021 zeigen, dass die Leistungsausgaben der PPV nur ein Drittel der Ausgaben in Relation zur Anzahl der Versicherten ausmachte, die in der SPV pro Kopf für Pflegeleistungen erforderlich waren.<sup>93</sup> Das widerspricht der vom Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 3. April 2001 geforderten „ausgewogenen Lastenverteilung“ zwischen den Versichertengruppen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung.<sup>94</sup> Wissenschaftliche Studien kommen bezüglich der zukünftigen Entwicklung dieser Ungleichheit zu unterschiedlichen Einschätzungen.<sup>95</sup> **Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Deutsche Verein dem Gesetzgeber, einen Ausgleichmechanismus zu entwickeln und zu implementieren, der eine ausgewogene Lastenverteilung sozialer und privater Pflegeversicherung sicherstellt.**

Der Deutsche Verein empfiehlt eine Prüfung aller genannten Optionen zu einer Strukturreform sowie zur Neujustierung der Ausgaben- und Einnahmebasis der Pflegeversicherung und wird die diesbezüglichen Vorschläge des Abschlussberichts des „Zukunftspaktes Pflege“ im Dezember 2025 erneut bewerten und eine Empfehlung dazu vorlegen.

---

92 Vgl. Rothgang et al. 2019, 85.

93 Haun, D.: Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll, GGW 2024, 32.

94 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95 –, Rdnr. 92, [http://www.bverfg.de/e/rs20010403\\_1bvr201495.html](http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr201495.html) (letzter Abruf: 3. Dezember 2025).

95 Neusius kommt in seiner Veröffentlichung von 2019 zu dem Ergebnis, dass die Ausgaben aufgrund der höheren Altersstruktur des PPV-Versichertenkollektivs in etwa zehn Jahren bei den privaten Pflegeversicherungen sehr stark ansteigen würden. Die Studie von Haun aus dem Jahr 2024 kommt dagegen zu dem Schluss, dass sich die durchschnittlichen Ausgaben der PPV denen der SPV lediglich annähern, aufgrund des niedrigeren altersabhängigen Pflegerisikos der PPV-Versicherten diese jedoch nicht übersteigen werden. Entsprechend früherer Studien werden die geringer ausfallenden Pflegeprävalenzen in der privaten Pflegeversicherung damit erklärt, dass einerseits ein medizinischer Selektionsprozess beim Zugang zur privaten Pflegeversicherung erfolgt, und andererseits das PPV-Versichertenkollektiv einen höherem soziökonomischen Status als das SPV-Versichertenkollektiv aufweist. Eine Studie des DIW zeigt, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit nicht nur vom Alter abhängt, sondern entscheidend durch Gesellschaft, Einkommen und Arbeitswelt beeinflusst wird (vgl. Neusius, T.: Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 2019, 421–424; Haun, D.: Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll, GGW 2024, 30–34; Geyer, J. et al.: Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab, DIW-Wochenbericht 44/2021, 727–734).

## **Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 140 Jahren das Forum des Sozialen**

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen sozialen Dienste und der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation sowie der Migration und Integration.

### **Impressum**

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private  
Fürsorge e.V.  
Dr. Verena Staats, Vorständin  
Michaelkirchstr. 17/18  
10179 Berlin  
[www.deutscher-verein.de](http://www.deutscher-verein.de)  
E-Mail [info@deutscher-verein.de](mailto:info@deutscher-verein.de)

Gefördert vom:



Bundesministerium  
für Bildung, Familie, Senioren,  
Frauen und Jugend